



San Juan de Pasto, 07 de Enero de 2020

Oficio 0159

Señores

Aspirantes de la CONVOCATORIA 800 DE 2018 INPEC DRAGONEANTES
Notificación que se realizara a través de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO
CIVIL

Carrera 16 No. 96-64, Piso 7'

Pbx: 57 (1) 3259700

Correo: notificacionesjudiciales@cnsj.gov.co

Bogotá D.C.

Acción de tutela: 52001 31 87 002 2020 00001 J. 2º EPMS. (CITE al contestar)
Accionante: DANIEL CAMILO SALAS HERNÁNDEZ
C.C.: 1085334868
Accionado: COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL

Cordial Saludo,

Respetuosamente, respecto del proceso de tutela enunciado, como notificación, para su conocimiento y fines pertinentes, le enviamos copia de:

- Auto de sustanciación 26 calendado 03 de enero de 2020 (Admisión de tutela)
- Traslado del escrito de tutela y sus anexos

Atentamente,


FABIO HERNÁNDEZ A.
Escribiente CSAJEPMS PASTO

ADICIÓN : 2020-00001-00
9-00PROCESO : ACCIÓN DE TUTELA
ACCIONANTE : DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
ACCIONADO : CNSC
AUTO BUST : No. 26

República de Colombia



Rama Judicial

Juzgado Segundo de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de
Pasto

Telefax 7334531

San Juan de Pasto, 03 de enero de dos mil veinte (2020).

DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ, instaura acción de tutela contra la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL-CNSC, invocando la protección de los derechos fundamentales al debido proceso administrativo, derecho a acceder a la administración pública en igualdad de condiciones y derecho al trabajo en condiciones dignas.

En ese sentido, encuentra el despacho que la acción de tutela instaurada por el apoderado judicial cumple con los requisitos establecidos en el Decreto 2591 de 1991, por lo tanto, se admitirá y se le imprimirá el trámite correspondiente.

De igual forma, considera esta judicatura que, dadas las circunstancias particulares del presente caso es necesario vincular a la UNIVERSIDAD DE PAMPLONA, a la DIRECCIÓN GENERAL DEL INPEC, a la ESCUELA PENITENCIARIA NACIONAL, a IDIME S.A., a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS y a los aspirantes de la convocatoria 800 de 2018 - INPEC Dragoneantes.

El accionante solicita como medida provisional que no se sea excluido de la lista de aspirantes citados para adelantar el curso en la Escuela Nacional Penitenciaria, ordenando que se produzca su inclusión mientras se surte la acción constitucional.

Para efectos de la aplicación de dicha medida, el juez debe evaluar las situaciones de hecho que originan la presentación de la acción de tutela, con el fin de establecer si se da la necesidad y la urgencia de lo requerido por parte del tutelante.

Por lo anterior, se hace necesario realizar un resumen de los hechos que sirven de fundamento a la acción de tutela:

El accionante se encuentra participando en la Convocatoria 800 de 2018 para proveer el cargo de dragoneante del INPEC, proceso vigilado y administrado por la CNSC, en la etapa de valoración médica como último requisito para continuar en la Escuela Nacional Penitenciaria.

Señala el accionante que en la valoración médica practicada por las entidades de salud contratadas por la CNSC se acredita que su estado de salud ocupacional es óptimo, y agrega que no padece deficiencias de crecimiento.

RADICACIÓN : 2020-00001-00
9-00PROCESO : ACCIÓN DE TUTELA
ACCIONANTE : DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
ACCIONADO : CNSC
AUTO SUST. : No. 26

Manifiesta que la CNSC adoptó un criterio sobre el riesgo ocupacional que representa su estatura lo cual le impide continuar participando en la convocatoria convirtiéndose esto en un factor sospechoso de discriminación.

Informa que la CNSC sostiene su error luego de su solicitud de segunda valoración, por lo que considera que se le está sustrayendo la posibilidad de acceder a un cargo público.

En el presente asunto la pretensión de la medida provisional solicitada por el actor no ofrece urgencia ni es posible determinar *prima facie* la notoriedad del perjuicio cierto e inminente que presupone y amerite dicha medida. Además, no se aportan suficientes elementos de juicio que ameriten decretar su concesión, por tal motivo, se negará.

En virtud de lo anterior, el Juzgado Segundo de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Pasto,

DISPONE

PRIMERO. - ADMITIR la acción de tutela instaurada por el señor DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ.

SEGUNDO.- VINCULAR a la UNIVERSIDAD DE PAMPLONA, a la DIRECCIÓN GENERAL DEL INPEC, a la ESCUELA PENITENCIARIA NACIONAL, a IDIME S.A., a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS y a los aspirantes de la convocatoria 800 de 2018 - INPEC Dragoneantes, para que ejerzan el derecho de defensa.

TERCERO.- NOTIFICAR la anterior decisión por el medio más expedito posible al accionante y a las entidad accionadas, a quienes se les correrá traslado de la demanda de tutela.

CUARTO.- NOTIFICAR el auto admisorio de la demanda, a los aspirantes de la convocatoria No. 800 de 2018 - INPEC Dragoneantes, etapa de valoración médica, a través de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL.

Asimismo, deberá publicar en su página web la existencia de la presente acción de tutela, a efectos de garantizar los derechos fundamentales de los participantes en el concurso que se adelanta bajo la convocatoria antes referida y que pudieran resultar afectados con la decisión de fondo.

QUINTO.- OFICIAR a los representantes legales de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL, la UNIVERSIDAD DE PAMPLONA, la DIRECCIÓN GENERAL DEL INPEC, a la ESCUELA PENITENCIARIA NACIONAL, a IDIME S.A., a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS, para que bajo los presupuestos de los artículos 19 y 20 del Decreto 2591 de 1991, se sirvan allegar las explicaciones y toda la documentación pertinente al caso planteado. Adviértaseles que al encontrarse amparado por el derecho de defensa pueden allegar las pruebas que estén en su poder o solicitar al despacho las que estime

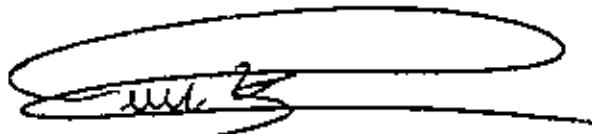
RADICACION : 2020-00001-00
9-00PROCESO : ACCION DE TUTELA
ACCIONANTE : DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
ACCIONADO : CNSC
AUTO SUST. : No. 26

convenientes; que sus informes se entienden bajo la gravedad de juramento y, que la omisión de rendirlos hará presumir como ciertos los hechos alegados en la demanda. Para ello se concede un PLAZO DE DOS (2) DÍAS contados a partir del recibo de la comunicación.

SEXTO. - NEGAR la medida provisional solicitada.

SÉPTIMO. - TÉNGASE como pruebas los documentos allegados con la demanda de tutela.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



RAUL FERNANDO QUIÑONES ARTEAGA

JUEZ (E)

Traslado
Señor
JUEZ DEL CIRCUITO (R)
La Ciudad.

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA CON SOLICITUD DE MEDIDA PROVISIONAL
ACCIONANTE: DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ C.C. No. 1085334868
ACCIONADO: COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL, CNSC

I. IDENTIFICACIÓN.

DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ, mayor y vecino (a) de esta Ciudad, identificado (a) como aparece al ple de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio, con todo el respeto manifiesto a usted que en ejercicio del derecho de TUTELA consagrado en el artículo 86 de nuestra Constitución Política y reglamentado por el Decreto 2591 DE 1991, por este escrito formulo Acción de Tutela en contra de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, a fin de que se tutelen mis derechos fundamentales expresados en acápite posterior. Derivo mi acción de los siguientes:

II. ACCIONES Y OMISIONES

Primero: Participo de la Convocatoria 800 de 2018 para proveer cargo de dragoneante del INPEC, proceso vigilado y administrado por la CNSC, cumpliendo con todos los requisitos exigidos por la OPEC, de acuerdo con el cargo aspirado obteniendo resultado de ADMITIDO y es así como presenté pruebas escritas y FÍSICO ATLÉTICA, con excelentes resultados que me ubican entre los primeros puestos para ser citado (a) a VALORACIÓN MÉDICA, como último requisito para continuar en curso en la Escuela Nacional Penitenciaria.

Segundo: La valoración médica practicada a través de las entidades de salud contratadas por la CNSC para esta convocatoria acreditan en dos valoraciones que mi estado de salud ocupacional es óptimo y así se demuestra a través de todos los exámenes médicos practicados. NO PADEZCO DE DEFICIENCIAS DEL CRECIMIENTO, en los términos que lo describe el profesiograma.

Tercero: Presté servicio militar como Auxiliar Bachiller del INPEC, en la valoración paraclínica para ese ingreso no se identificaron restricciones para el ejercicio de las funciones de Custodia y Vigilancia del INPEC, durante la prestación de este servicio nunca se reportaron novedades derivadas de la supuesta restricción que falsamente me quiere endilgar la CNSC en este proceso de selección. Asumiendo que estar en el límite mínimo o de estatura NO representa obstáculo para el cumplimiento de las funciones de Custodia y Vigilancia de persona Privadas de la Libertad en Colombia.

Cuarto: Los criterios adoptados sobre el riesgo ocupacional derivado de la estatura baja de un dragoneante del INPEC, carecen en absoluto de fundamento o sustento empírico, pues no existe antecedente o estadística de accidentes o enfermedades de origen laboral que se centren en los empleados de baja estatura; convirtiéndose, en términos de la Honorable Corte Constitucional en un "factor sospechoso de discriminación"¹.

Quinto: La CNSC confirma después de mi SOLICITUD DE SEGUNDA VALORACIÓN que me discrimina, sustrayéndome del derecho a acceder a un cargo público, por encontrar que me encuentro en el límite de la estatura mínima exigida. Sin resolver de fondo mi reclamación y sin otorgar la posibilidad de impugnar el resultado y sin presentar razones técnico científicas ante las que pueda proponer medio de control en la vía contencioso administrativa.

Sexto: Otorgué poder a un profesional del derecho a fin de que represente mis intereses particulares en acción contencioso administrativa, quien me informa que debe iniciar con el

¹ Sentencia T-31471: Se pueden destacar como criterios sospechosos de discriminación los siguientes: - El sexo, la orientación sexual o la identidad de género; - La raza, - El origen nacional o familiar al igual que el étnico o de cualquier índole; - La lengua, - La religión; - La opinión política o filosófica; - La pigmentación o el color de la piel; - La condición social y/o económica; - La pertenencia étnica; - La enfermedad, la discapacidad o la pérdida de la capacidad laboral.

2

agotamiento del requisito de procedibilidad de conciliación y posteriormente la acción de nulidad y restablecimiento del derecho con solicitud de suspensión provisional de los efectos de la decisión de la CNSC que confirma mi exclusión de esta Convocatoria.

III. DERECHOS VIOLADOS O AMENAZADOS

Debo manifestar que se presentan actuaciones por parte de la CNSC, que vulneran mis derechos fundamentales, enmarcados en el valor fundamental de la DIGNIDAD HUMANA, en el siguiente sentido:

Se presenta discriminación por mi "aportencia física", al exigirme el cumplimiento de un requisito desproporcionado para el acceso a un cargo público, pese a VALORAR a través de las mismas entidades de salud contratadas que no padezco "deficiencias del crecimiento" como lo describe el propio profeslograma y que mi estatura que se encuentra en el límite mínimo exigido para el cargo de dragoneante del INPEC.

Las Normas Penitenciarias Internas e Internacionales² ponderan el principio de *proporcionalidad* en lo que tiene que ver con el cumplimiento de la misión penitenciaria y carcelaria y que el profeslograma lo estructura desde la acción de represión del estado contra las personas privadas de la libertad, cuando justifica *el requisito de estatura en razones de seguridad e impacto de autoridad*, aceptándose así, se debe tener en cuenta que entre las personas privadas de la libertad también prevalece la baja estatura, entre otras, las Reglas Mínimas de Tratamiento de los Reclusos, es necesario contar con personal penitenciario que no represente una acción de represión desproporcionada en lo físico y en lo psíquico, en este último se incluye lo cultural y social.

De acuerdo con los hechos narrados y frente a la posición asumida por la CNSC, existe una flagrante violación a mis derechos fundamentales. En un marco general del principio de la dignidad humana, con su criterio me "coaflica", porque pondera un aspecto netamente físico y no lo estructura Interdisciplinaria, cuando sus propias reglas tratan del "establecimiento de perfil profeslográfico" se encuentran especialmente vulnerados: derecho al debido proceso administrativo, derecho a acceder a la administración pública en igualdad de condiciones, derecho al trabajo en condiciones dignas y justas y otros principios, como el de la confianza legítima, la igualdad de trato a todos los aspirantes, el derecho de petición, que se vienen desconociendo, si se permite continuar esta conducta.

IV. PROCEDENCIA Y LEGIMITIDAD

Esta acción de Tutela es procedente de conformidad con lo establecido en los artículos 1, 2, 5 y 9 del Decreto 2591 de 1991, en protección de derechos fundamentales.

La no existencia de otro mecanismo jurídico efectivo, diferente a la tutela para lograr la protección de los derechos fundamentales invocados.

V. DE LOS INFRACTORES

Se trata de la Comisión Nacional del Servicio Civil, entidad pública centralizada del orden nacional e independiente.

VI. JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento que se entienda prestado con la presentación de este escrito, manifiesto que no he Interpuesto acción de tutela, a nombre propio, ni a través de apoderado sobre los mismos hechos que constituyen la vulneración de los derechos fundamentales invocados. Así mismo que mis manifestaciones fácticas corresponden a la verdad.

VII. PRUEBAS Y ANEXOS

² Artículos 49 y 63 del Código Penitenciario y Carcelario, Reglas Mínimas de Tratamiento de los Reclusos, Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José).

Solicito evaluar como tales:

1. Impresión de la información que se encuentra cargada y registrada en SIMO:
 - 1.1. Historia clínica con valoración de salud ocupacional y todos los exámenes de diagnóstico que demuestran el óptimo estado de salud ocupacional.
 - 1.2. Respuesta definitiva de la CNSC a la reclamación.
2. Valoración médica ocupacional particular.
3. Historia clínica de auxiliar bachiller del Cuerpo de Custodia y Vigilancia del INPEC.
4. Solicito respetuosamente que se ordene valoración por parte del servicio público de Medicina Legal, si su Señoría lo considera necesario y pertinente.

VIII. PETICIONES

Solicito la tutela de mis derechos fundamentales, dignidad humana: debido proceso administrativo, trabajo en condiciones dignas y justas, igualdad de oportunidades para acceder a la administración pública, confianza legítima, en consecuencia, se ordene a la CNSC a través de la dependencia que corresponda, que en término perentorio:

Primera: Dejar sin efecto la respuesta definitiva de exclusión de la Convocatoria mencionada, consecuentemente permitirme continuar con las etapas restantes del concurso a fin de cumplir con el curso en la Escuela Nacional Penitenciaria y posterior nombramiento y posesión en período de prueba para el cargo de dragonante del INPEC.

Segundo: Subsidiariamente solicito que, se amparen mis derechos fundamentales como mecanismo transitorio, bajo la obligación de acudir a la jurisdicción contencioso administrativa y bajo la amenaza de perjuicio irremediable que se justificará con la solicitud de medida provisional.

IX. SOLICITUD DE MEDIDA PROVISIONAL

Con todo respeto solicito que con la admisión de la tutela se decrete medida provisional, en el sentido de evitar que se me excluya de la lista de aspirantes citados para adelantar curso en la Escuela Nacional Penitenciaria, ordenando que se produzca la inclusión de mí ponderado en la citación para mi caso particular, mientras se surte la acción constitucional.

Justifico mi solicitud en la normatividad contenida en el Decreto 760 de 2005; toda vez que la continuación en el proceso sin resolver de fondo las reclamaciones, puede generar nulidad de lo actuado y el fallo siendo favorable, puede no ser efectivo al haber pasado la fecha de citación para adelantar curso en la Escuela Nacional Penitenciaria, porque las reglas del concurso establecen que se hará solo de un porcentaje de los aspirantes en orden de mérito y por lo tanto al no estar presente en ese cálculo, aún con la orden de acción de tutela puedo quedar por fuera de la ponderación y sin posibilidad de continuar en el concurso por no cumplimiento de esa etapa.

La orden provisional de inclusión de mí ponderado en la conformación de la lista de citados a la Escuela no afecta para nada al proceso en general y por el contrario resulta útil para el amparo de mis derechos fundamentales, porque mientras no exista respuesta de fondo, coherente y razonable a mi reclamación, tengo derecho a continuar como destinatario de todas las actuaciones del proceso.

El Acuerdo reglamenta el cálculo de ponderado para la siguiente etapa así:

ARTÍCULO 51. - PUBLICACIÓN DE CONVOCADOS A CURSO. Una vez en firme los resultados de las pruebas eliminatorias del proceso de selección, los aspirantes que sean calificados como APTOS en la Valoración Médica podrán consultar en las fechas dispuestas por la CNSC, en la página www.cns.gov.co enlace SIMO, si son admitidas para ingresar al Curso de Formación o Complementación.

4

Serán convocados a Curso de Formación y Complementación, los aspirantes que en atención exclusiva a los resultados de las pruebas aplicadas, se encuentren ubicados en estricto orden de mérito en un porcentaje de 200% respecto de las vacantes ofertadas para los Cursos de Formación para Mujeres y Formación para Varones y en un porcentaje de 400% respecto de las vacantes ofertadas para el curso de Complementación. Si el INPEC incrementa el número de vacantes ofertadas se podrá convocar hasta un 200% de aspirantes con relación a las vacantes adicionales para los Cursos de Formación y hasta un 400% para el Curso de Complementación, siempre que hayan sido calificadas Aptos en la valoración médica.

Contra la publicación de convocados a Curso de Formación o Complementación no procederá ningún recurso.

Del perjuicio Irremediable: La CNSC el 23 de diciembre de 2019, publicó una nueva Convocatoria para proveer cargos de dragonante del INPEC, buscando proveer todas las vacantes existentes para este cargo; de tal manera que se amenaza con causar un perjuicio Irremediable en mí contra porque una acción contencioso administrativa aún bajo la hipotética concesión de una medida cautelar, me puede dejar sin posibilidades de nombramiento por la inexistencia de cargos vacantes.

Por otra parte, mi Convocatoria avanza y cada etapa es prerequisite de la siguientes, de tal manera que excluirme de una de ellas implica el grave riesgo de no poder volver al curso normal de la misma. Teniendo en cuenta razones presupuestales todo está calculado para un número de aspirantes y en tal sentido para un reintegro extemporáneo habría que esperar a los correspondientes ajustes presupuestales y se causaría la privación de pago de salarios y prestaciones en igualdad de condiciones de los demás aspirantes.

X. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

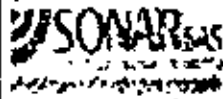
A la accionada: CNSC: Carrera 16 No. 96 – 64 Piso 7. Pbx: 57 (1) 3259700 Fax: 3259713, notificacionesjudiciales@cnscc.gov.co en la Ciudad de Bogotá D.C.

EL suscrito recibirá notificaciones en siguiente dirección: Manzana 5 Casa 4 Barrio Agualongo en la Ciudad de Pasto-Nariño. Teléfono-Celular: 3157522137 Email: notificacionesavancemos@gmail.com, danny.8113@hotmail.com

De su Señoría,

Atentamente,

DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
C.C. No. 1085334868 de Pasto-Nariño



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Corpe
Tel: 3310776 - 3346588 - 335640383

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO

5

Fecha 28/11/2019 16:59:00 Empresa RPEC

Temporal

Nombre DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ

Edad 22 Años

Cargo DRAGONEANTE

Doc. Identidad CC 1085334898



EXAMEN MEDICO DE LOS AGENTES PARA QUINCE

EXAMEN MEDICO DE TEJIDOS MUSCULARES, PARCIAL DE OIRIA, ELECTROCARDIOGRAMA

IDENTIFICACION Y REGISTRO

IDENTIFICACION Y REGISTRO

IDENTIFICACION Y REGISTRO

CAPACITACION EN CUIDADO VISUAL Y PAUTAS VISUALES, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, INCLUIR A SVS PARA RIESGO BIOMECANICO, CARGA FISICA Y PSICOSOCIAL. VALORACION EN EPS POR CARDIOLOGIA Y MEDICINA GENERAL.

RECOMENDACIONES

NO CUMPLE CON PROFESIONARIO (PAGINA 194, NUMERAL 18 PERSE, PROFESIONARIO PARA EL DRAGONEANTE 2017, TALLA MENOR)

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Vozal Audico Respiracion Cerebrovascular Pulmonar Ergonomico Otro

REMISION: SI NO ARL SI NO EPS SI NO

OPORTUNA VIDA SI/RECOMENDACIONES

Si trabajó por ARL/EPS	Deudas laborales	Hábitos y estilo de vida
Control PEP EPS <input checked="" type="radio"/>	Control periódico ocupacional <input checked="" type="radio"/>	Dieta <input type="radio"/>
Retiro EPS <input type="radio"/>	Higiene postural <input type="radio"/>	Ejercicio regular <input checked="" type="radio"/>
Control médico periódico <input type="radio"/>	Uso de elementos protectivos personales <input type="radio"/>	Dejar hábito fumar <input type="radio"/>
Retiro ARL <input type="radio"/>	Uso de ayudas si periódico <input type="radio"/>	Restricción consumo alcohol <input type="radio"/>
Operar la carga <input checked="" type="radio"/>	Capacitación trabajo en altura <input type="radio"/>	Rejización <input checked="" type="radio"/>
Valoración en EPS <input type="radio"/>	Pausas activas <input type="radio"/>	Enfermedades crónicas <input type="radio"/>
Prácticar de calificación de origen en EPS <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>
Geología <input type="radio"/>		
Tratamiento oportuno <input type="radio"/>		
Otro <input type="radio"/>		

DECLARACION DE VERDAD: Yo declaro que la información suministrada en este informe es verídica y que no he sido beneficiario de ningún subsidio por parte de la ARL/EPS. Si no es así, declaro que la información suministrada es falsa y que me reservo el derecho de denuncia ante la Fiscalía General de la Nación y el Ministerio del Trabajo.



Dra. Carmen Elena López Arceles
Esp. Salud Ocupacional
C.C. 10811308
R.M. 123456

Daniel Camilo Salas

Talibero DANIEL CAMILO SALAS
CC: 1085334898



Declaro que todos los datos registrados en este informe son verídicos.

Corporación Salud Ocupacional de Nariño S.A.S. - Calle 17 # 29 - 12 Corpe - Teléfono: 3310776 - 3346588 - 335640383



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nº 000849814-1
Dirección: Calle 17 # 79 - 12 Girón
Tel: 3116678 - 7388083 - 3116401953

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

6

Tipo certificación: Ingreso Retiro Caso Ocupacional Trabajo en turnos
Control Reubicación Ingreso al SVE Post Incapacidad

Fecha 06/11/2018 EPS COMFAMILIA NARIÑO Empresa INPEC

Dirección: AVENIDA 2E # 5-25 BARRIO CEIBA DE CUCUTA Teléfono 314 2468265

Sede Actividad DRAGONEANTE Fecha de ingreso NINGUNA

D11085114003 Nombre DANIEL CARLOS SALAS HERNANDEZ Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento 10/05/1997 Edad 22 años

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Separado U. Libre Escolaridad: Primaria Secundaria Técnica Univ Post Grado

Dirección Teléfono A.TL Municipio Departamento P.M.
PASTO 3137522137 NINGUNA A

Antecedentes clínicos:

INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo: DRAGONEANTE Aprobación del Cargo: 0 Aprobación en la Empresa: 0 Nro de personas a cargo: 0

Sección: OPERATIVO Turno: Diurno Nocturno Rotativo

Descripción funciones del cargo: APOYO, COOPERACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS ÓRDENES DEL SERVICIO DE LOS OFICIALES, VERIFICAR

Máquina/herramientas y materia prima utilizada:

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:

Gafas Casos Tapabocas Guantes Botas Protección auditiva Respirador Guantes
Escalera Cinta Mangas Pape Vestis Otros CHALECO ANTIBALAS, BASTÓN, RADIO, RESTRICCIONES, REVOLVER, PULGÓN, PISTOLA, MIRA LIZ, GORRA, UNIFORME, TONFA



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR GAS

NO. 800848614 - 1

Direccion: Calle 17 # 28 - 12 Centro
Tel: 7318078 - 7388348 - 3155404983

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

A

HISTORIA DE EXPOSICION A FACTORES DE RIESGOS

Empresa	Cargo	Factores de Riesgo											Tiempo Años									
		S	N	B	R	A	L	T	V	E	S	P		C	A	E	P	A	E	C	O	T
SONAR GAS	ESTRECHA	⊙	⊙						X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2

Observaciones:

ACCIDENTES DE TRABAJO SI ⊙ NO ⊙ TRAJE HISTORIA CLINICA SI ⊙ NO ⊙

Fecha	Empresa	Tipo Lesión	Parte Afectada	Días Int	SUSPENSA	
					SI	NO

FIDELIZACIÓN SI ⊙ NO ⊙

Observaciones:

ENFERMEDAD PROFESIONAL SI NO INCUBACIÓN SI NO TRAJÓ HISTORIA CLÍNICA SI NO

Observaciones:

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

Enfermedad	Viruta	Fecha	No. Dosis
Enfermedad Intercorrente		01/11/2019	Dosis 1
hepatitis b		01/11/2019	Dosis 1
febre amarela		20/02/2013	Dosis 1
hepatitis a		01/11/2019	Dosis 1

Observaciones: SARAFIMON - RUBIOLA 20/10/2013

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	Enfermedad		Enfermedad		Enfermedad	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ASMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
INFARTO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ACV	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ARTROSIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF MENTAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ULCERA PÉPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CÁNCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	OTROS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Observaciones: NEGA

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedad	Enfermedad		Enfermedad		Enfermedad			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
CÉFALEA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	BRONQUITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA INGUINAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
DEF. VISUAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ASMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA LUMBAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SORDERA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA EPIGÁSTRICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
OTITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF. ACID. PÉPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICES EN M.M.U.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SINUSITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICOCELE	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
TINITUS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLELITIASIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DERMATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
CONVULSIONES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	URICEMIASIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ARTROSIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF. URINARIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	LUMBAGO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ENF. CARDIACA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ETS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CERVICALGIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HEPATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HIPERCOLESTEROLEMIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DORSALGIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ENF. TIROIDES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CÁNCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TUNEL CARPIANO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ANGIOLITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TRONCOPATIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DOLOR ARTICULAR	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
RINITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
ENF. MENTALES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: USA CORRECCIÓN OFICIA NO PERMANENTE, HACE 4 MESES
 NEGA AL MOMENTO DE LA CONSULTA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, NEGA ANTECEDENTES PRECOPATOLÓGICOS. NEGA CONSULTA EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA CON PROBLEMA VOTACIONARIO.



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

NIT: 90049614-1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310078 - 7308334 - 3195404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

9

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Complicaciones
NO			

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

Diagnóstico	Lesión	Fecha	Complicaciones
NO			

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS

NO

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

Paridad	Edad	Fum	Diagnóstico	Placenta	Si	No			
0	P	A	C	E	M	V	FUP	FLC	Resultado

(Practica algún deporte? Si No Frecuencia Diaria Semanal Quincenal Mensual Ocasional

FUTBOL
 Ha presentado lesiones deportivas NO Externó médico
 Actividades manuales Si No Oficios de maletín Si No

ANTECEDENTES TOXICOS

Fumo	Si	No	Extenador	Si	No	Años de consumo	Años de fumador	Opciones al día			
Consumo	Si	No	Frecuencia	Diaria	Ocasional	Semanal	Quincenal	Mensual	Drogadicción	Si	No

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntoma	SI	NO	Síntoma	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO			
Dolor Precordial	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Eroze	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sangrado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alergias Vasal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Deformidad articular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lipidemia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alergias Moleta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Rinitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Limitación para movimientos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Raquitosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dor de cabeza	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito en los ojos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Inflamación de articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sincope	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenencia rectal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ostrucción nasal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hipertensión ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Parosistas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Descamación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Vértigo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ejaculación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Secreción ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolores	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cáteda	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sardos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Resaca de la vista	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pérdida de fuerza muscular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Insomnio	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor testicular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hematuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Artritis ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Olor con cambios de temperatura	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Nicturia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Presencia de masas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Epiestrálgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Falaguria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Edema	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Gastritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenencia Venosa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en zambra	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Hiperhidrosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alergias sensatas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones ASINTOMÁTICO

ESTADO DE LA SALUD

Buena Mala Intermedia
 Fecha: 20/05/2024 Hora: 10:00 AM Lugar: QUITO

SISTEMA	ÓRGANO	NORMAL	ANORMAL	Observaciones
OÍDOS	Luz de los tímpanos	O	O	
	Tratamiento			
	Fonación			
	Punidos			
OJOS	Conjuntivas	O	O	
	Pupilas	O	O	
	Escleras	O	O	
	Carneal	O	O	
	Fondo de ojo	O	O	
	Mediadas	O	O	
	Agudeza visual			Visual AC 10/20 (20/40) Ojos An. LUN. 6/10 O.I.
	C. Escleras			
GARGANTA	Palafoarino			
	Tonsilas			
	Carneal			
	Tálamo			
NARIZ	Mucosa			
	S. Maxilomaxilar			
	Labios			
BUCAL	Lingua			
	Amandalas			
	Carneal			
CUELLO	Tratado			
	Mediadas			
TORAX	Resaca			
	Carneal			
	Pulmones			
	Osteoarticular			
DORSO	Columna vert.	O	O	Abstracción de columna dorsal Resaca de columna dorsal
				Abstracción de columna dorsal Resaca de columna dorsal
ABDOMEN	Vientres			
	Pared			
	Movidas			
GENITALES	Genitales			
EXTREMIDADES	Superiores			
Inferiores				
Vascular				



BALDO OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

NO. 800840814-17
Direccion: Calle 17 # 29 - 12 Carés
Tel: 7330078 - 7300588 - 3155404003

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

71

NEUROLÓGICOS	Puerta	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Marcha	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sensibilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Reflejos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

EXAMENES DE LABORATORIO		
TIPO DE EXAMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro Hemático		
Perfil de Orina		
Colpocent		
Triglicéidos		
Perfil Lipídico		
Glucosa		
Colesterol		
Serología		
BK		
Gravidez		
Prueba Faríngea		
Hemocultivación		
Vitaminas		Del. Reflejo: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Corregido: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Obs.
Espectroscopia		Normal <input type="radio"/> P. Observativa <input type="radio"/> P. Restricción <input type="radio"/> P. Mide <input type="radio"/> Obs.
Acuometría		Normal <input type="radio"/> H. new <input type="radio"/> Obs. Grade 1 <input type="radio"/> Grade 2 <input type="radio"/> Grade 3 <input type="radio"/>
Optometría		H. Condensada <input type="radio"/> H. Mide <input type="radio"/> Obs.
	Nov 28 2018	EXO (BRADICARDIA)

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA							
Vital	<input checked="" type="radio"/>	Audible	<input type="radio"/>	Respiratoria	<input type="radio"/>	Cardiovascular	<input type="radio"/>
Pacientes	<input checked="" type="radio"/>	Ergonómicos	<input checked="" type="radio"/>	Otros	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA		
Cód.	Descripción	Consideración
1077	DUBIEDAD DE LA NEURITIS, NO ESPECIFICADO	
1001	BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA	VERSI BILATERAL
1002	NEURITIS, NO ESPECIFICADA	

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:

CAPACITACION EN CUIDADO VISUAL Y PAUTAS VISUALES, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, INCLUIR A SVE PARA RIESGO BIOMECANICO, CARGA FISICA Y PSICOSOCIAL, VALORACION EN EPS POR CARDIOLOGIA Y MEDICINA GENERAL.

RESTRICCIONES LABORALES:
NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA (PAGINA 18) NUMERAL 19, PERFE. PROFESIOGRAFICO PARA EL DRAGONEANTE 2017, TALLA (UNILLA)

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en esta encuesta sobre condiciones y riesgos. Anexas a SALUD OCUPACIONAL DR. NATHO BONAR SA para que se entregue a la empresa la información necesaria para sus acciones de prevención de riesgos laborales, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional, como lo exige la legislación vigente.

12



Don Carmen María López Amador
Esp. Salud Ocupacional
Lic. 50-1219

Dr. Natho Bonar SA
Dr. NATHO BONAR SALAS
C.I. 1200134988



Fecha: 29/11/2019 07:44:48 a.m.
Paciente: DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
Examen: ELECTROCARDIOGRAMA
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S

Sede: PASTO
Estudio: 53366144 244704
Documento: 1085334888
Edad: 22 a 6 m 19 d

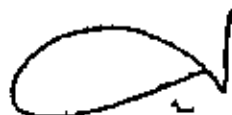
ELECTROCARDIOGRAMA:

INDICACION: Evaluación médica

FC : 53x minuto. $\frac{1}{2}$. . .
PR : 152mseg.
QRS : 98mseg.
QTc : 403mseg.
Eje QRS : 22grados

INTERPRETACIÓN:

BRADICARDIA SINUSAL.



ANDRES HERNANDO CLEVES CAMARGO
M.D. CARDIOLOGO
R.M. 79754394
C.C. 79754394
Transcrito por: SICALU

IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la metodología de trabajo diagnóstica utilizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios de diagnóstico médico estará del paciente, de acuerdo al nivel de riesgo y ayuda diagnóstica previa.

Bogotá (5) 307 7376. Pereira (5) 315 4300. Medellín (5) 8842743. Cúcuta (7) 574 7095. Bogotá (5) 264 1639. Girardot (5) 835 8504.
Bucaramanga (7) 645 9999. Zipaquirá (5) 851 0493. Chiquinquirá (5) 726 6699. Valledupar (5) 959 8339

Fecha: 29/11/2019 02:52:04 p.m.

www.idime.com.co

T47-581 1 de 1

Last: SALAS HERNANDEZ
 First: IVANIEL CAMILO
 ID: 108134868
 DOB: 16/05/1987
 Age: 32 years
 Sex: Male

29.11.2019 10:10:20 AM
 Frec Ventil: 53 LPM
 Int PR: 52 sps
 Dur QRS: 96 ms
 QTc: 421/403 ms
 Ejea P-R-T: 15 22 45
 Avg PR: 1127 ms
 QTcB: 395 ms
 QTcP: 404 ms



112298171647

EDMIR PASTO

Unidad 05 BU Unit 04.0.14 Secuencia 041044 25 años Masculino 0.85-08 Hr

17



NOMBRE: DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ C.C. 1085334968 FECHA: 29/11/2010
 NÚMERO DE SOLICITUD: 4184 EDAD: 22 AÑOS
 MÉDICO: PARTICULAR

PARCIAL DE URINA

EXAMEN FÍSICO DE LA URINA	
COLOR Y ASPECTO:	AMARILLA LIMPIA
DENSIDAD:	1010
EXAMEN QUÍMICO DE LA URINA	
PH:	7.5
GLUCOSA:	NEGATIVO
BILIRUBINAS:	NEGATIVO
ALBUMINA:	NEGATIVO
SANGRE:	NEGATIVO
C. CETONICOS:	NEGATIVO
ESTERAZA LEUCOCITARIA:	NEGATIVO
NITRITOS:	NEGATIVO
UROBILINOGENO:	0.2 mg/dl

SEDIMENTO URINARIO DE LA URINA

LEUCOCITOS 0-1 POR CAMPO



INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD INGRESO


DE DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 08/11/2018 15:10:00 Empresa: INPEC

Temporal:

Nombre: DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ Edad: 22 Años

Cargo: DRAGONEANTE Doc. Identidad: CC: 1085334863



SE REALIZARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

VALORACION ODONTOLÓGICA, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, HEMOGRAMA, GLUCOSA BASAL, CREATININA, PARCIAL DE URINA, ELECTROCARDIOGRAMA, ELECTROENCEFALOGRAMA, ESPIROMETRIA, RX TORAX PA Y LATERAL, RX DORSOLUMBAR, EXAMEN MEDICO OSTEO MUSCULAR

CONCEPTO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

CAPACITACION EN CUIDADO VISUAL Y PAUTAS VISUALES, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, INCLUIR A SIVE PARA RIESGO HOMECANICO, CARGA FISICA Y PSICOSOCIAL, VALORACION EN EPS POR CARDIOLOGIA Y MEDICINA GENERAL, NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA (PAGINA 181, NUMERAL 18. PERFL PROFESIOGRAFICO PARA EL DRAGONEANTE 2017, TALLA VERDE, LABORATORIOS Y EKG ALTERADOS).

RESTRICCIONES LABORALES

RESTRICCION TEMPORAL HASTA VALORACION POR CARDIOLOGIA.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual Auditivo Respiratorio Cardiovascular Psicosocial Ergonómico Otros

REMISION SI NO ARL SI NO EPS SI NO

CONDUCTA Y ALIENACIONES

Manejo por ARL/EPB	Ocupacionales	Hábitos y estilo de vida
Control PYP EPB <input checked="" type="checkbox"/>	Control periódico ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	Darba <input type="checkbox"/>
Remisión EPB <input checked="" type="checkbox"/>	Higiene postural <input checked="" type="checkbox"/>	Ejercicio regular <input checked="" type="checkbox"/>
Continuar manejo médico <input type="checkbox"/>	Uso de elementos proteba personal <input checked="" type="checkbox"/>	Dejar hábitos tóxicos <input type="checkbox"/>
Remisión ARL <input type="checkbox"/>	Uso de ayudas ergonómicas <input type="checkbox"/>	Reducir consumo alcohol <input type="checkbox"/>
Optometría anual <input checked="" type="checkbox"/>	Capacitación trabajo en altura <input type="checkbox"/>	Respiración <input type="checkbox"/>
Valoración en EPB <input type="checkbox"/>	Pruebas actívas <input checked="" type="checkbox"/>	Medidas ambientales verticales <input type="checkbox"/>
Proceso de calificación de origen en EPB <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>
Odontología <input type="checkbox"/>		
Tuberculosis hepática <input type="checkbox"/>		
Otro: <input type="checkbox"/>		

CRÉDITO INFORMADO: Te damos que hemos informado sobre de la naturaleza y propósito de los servicios ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SONAR SAS realizará. Declaramos haberlo leído y que soy consciente de las condiciones de participación para estos servicios ocupacionales. Puedo optar de la información que se proporciona. LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES conforme a las disposiciones establecidas en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales en cualquier momento podrá ejercer las opciones y podrá ejercer con respecto a la autorización de uso de datos personales de la empresa la opción que mejor le interese.

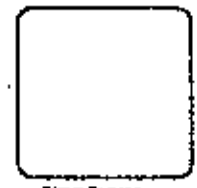


Dr. Carmen Elaine Toboza Arevalo
 Céd. Salud Ocupacional
 C.º 80: 1208
 Res. 53-2003

Daniel Camilo Salas

Trabajador: DANIEL CAMILO SALAS
 CC: 1085334863

Declaro que todos los datos registrados corresponden a lo veraz



77

Tipo certificación: Ingreso Parcial Retiro Caso Ocupacional Trabajo en altura
 Control Reubicación Ingreso al SVE Post Incapacidad

Fecha 09/11/2018 EPS CONFAMILIAR DE NARIÑO Empresa INPEC

Resolución AVENIDA 2B # 5-23 BARRIO CERBA DE CUCLUTA Teléfono 314 3650565

Sede Actividad DRAGONEANTE Fondo de pensión NIQUISA

1108334868 Nombre DANIEL CAMILO BALAS HERNANDEZ Hijo(a) Masculino Femenino Fecha de nacimiento 18/05/1997 Edad 22 años

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Separado U. Libre Escolaridad: Primaria Secundaria Técnica Univ. Post Grade

Dirección Teléfono ARL Municipio Departamento NH
 PASTO 3157522137 NIQUISA

Precedentes clínicos

INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo Antigüedad del Cargo Antigüedad en la empresa Nro. de personas a cargo
 DRAGONEANTE 0 1 0

Sesión OPERATIVO Turno: Diurno Nocturno Rotativo

Descripción funciones del cargo: APOYO, COOPERACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS ÓRDENES DEL SERVICIO DE LOS OFICIALES, VERIFICAR

Maquinaría, herramientas y material prima utilizada:

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:
 Gafas Casco Tapabocas Ovarol Botas Protector auditivo Respirador Guantes
 Escaleras Cables Mangas Peto Visera Oros CHALECO ANTIBALAS, BASTON, RADIO, RESTRICCIONES, REVOLVER, FUSIL, O PISTOLA, MIRA UZI, GORRA - UNIFORME - TONFA



SAÚDE OCUPACIONAL DE NARRIO SONAR SAS

NR. 800848614 - 1
Dirección, Calle 17 # 29 - 12 Centro
Tel: 7318076 - 7366583 - 3155404883

RB

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGOS

Empresa	Cargo	Factor de riesgo												Inicio Años					
		D	N	R	VB	RA	I	I	PH	V	ER	B	PS		D	U	F	EMP	MED
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones:

ACCIDENTES DE TRABAJO SI NO TRAJÓ HISTORIA CLÍNICA SI NO

Fecha	Empresa	Tipo Lesión	Parte Afectada	Otra Info.	Incidencia	
					SI	NO

INDEMNIZACIÓN SI NO

Observaciones:

19

ENFERMEDAD PROFESIONAL SI NO INDEMNIZACIÓN SI NO TRAJÓ HISTORIA CLÍNICA SI NO

Observaciones:

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

Vacuna	Fecha	No. Dosis
tetralde tetanodifterico	01/11/2018	Dosis 1
hepatitis b	01/11/2018	Dosis 1
febre amarilla	20/02/2013	Dosis 1
hepatitis a	01/11/2018	Dosis 1

Observaciones: BARAMPION - RUBEOLA: 20/10/2011

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	SI	NO	Parentesco	Enfermedad	SI	NO	Parentesco
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ASMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
INFARTO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		TBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ACV	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ARTRITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ENF. MENTAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ÚLCERA PÉPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		CÁNCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		OTROS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Observaciones: NEGA

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
CEFALEA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	BRONQUITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA INGUIINAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
DEF VISUAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ASMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA UMBILICAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SORDERA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA EPIGÁSTRICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
OTITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF. ACD. PEPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICES EN M. M.I.L.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SINUSITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICOCELE	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
TIINITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLELITIASIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DERMATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
CONVULSIONES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	URICITIASIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ARTRITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF. URINARIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	LUMBAGO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ENF. CARDIACA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ETS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CERVICALGIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HEPATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HIPERCOLESTERONEMIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DORSALGIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ENF. TIROIDES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CÁNCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TUNEL CARPIANO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AMIGDALITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TROMBOSIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DOLOR ARTICULAR	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
RINITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
ENF. MENTALES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: USA CORRECCIÓN ÓPTICA NO PERMANENTE, HACE 4 MESES
 NEGA AL MOMENTO DE LA CONSULTA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, NEGA ANTECEDENTES PRODUCTIVOS, NEGA CONSULTA EN ALGUN MOMENTO
 E BUVIDA CON PSICOLOGÍA Y/O PSIQUIATRÍA

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Diagnóstico	Procedimiento	Fecha	Complicaciones

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

Diagnóstico	Lesión	Fecha	Complicaciones

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado
 Ciclos: G P A C E M V FUP FUC Resultado: SI No
 ¿tiene algún deporte? SI No Frecuencia: Diaria Semanal Quincenal Mensual Ocasional
 BOL: SI No
 ¿representado lesiones deportivas? SI No Examen médico: SI No
 ¿lesiones manuales? SI No Ocasos domésticos: SI No

ANTECEDENTES TÓXICOS

¿fuma? SI No Exfumador: SI No Años de suspensión: 0 Años de fumador: 0 Cigarrillos al día: 0
 ¿alcohol? SI No Frecuencia: Diaria Ocasional Semanal Quincenal Mensual Drogadictos: SI No

VISION POR SISTEMAS

Sistema	SI	NO	Síntoma	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
Cardíaca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Brote	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sangrado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración Visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Deformidad articular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Respiratoria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración Motora	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Rinorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Limitación para movimientos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Digestiva	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dispepsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito en los ojos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Inflamación de articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Genitourinaria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo rectal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ostrucción nasal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hiperemia ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Paronimias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Neurológica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Vértigo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Expectoración	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Secreción ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Distonias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otorrinolaringológica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sordera	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ressequedad ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pérdida de fuerza muscular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor torácico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hematuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Arroz ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor con cambios de temperatura	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cardíaca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Nicturia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Orzuelo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Presencia de masas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cardíaca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Epigastria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Poliuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cardíaca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tronema Vesical	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en oídos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cardíaca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración auditiva	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Sección ASINTOMÁTICO

EXAMEN FÍSICO: ASPECTO:

Lateralidad **D** **Z** **O** Talla 164 cm. Peso 66.5 Kg. IMC 24.84 Interpretación Normal Tg 110/80 FC 67 Alt. FR 18 Alt.
 Medida cintura 84 cm. Cadera 96 cm. Índice cintura-cadera 0.875 Sexo masculino Edad 35 años 11 meses 13 días 8 horas 25 minutos 25 segundos Obesidad +30%
 Interpretación Índice cintura-cadera

ORGANO O SISTEMA		NORMAL	ANORMAL	
PIEL	Clostricas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Tuberculos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Faneras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
OJOS	Parpados	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Conjuntivas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pupilas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Escleras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Córneas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Fondo de Ojo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Agudeza visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	20/30 AD SIN CORRECCION / 20/20 AO CON CORRECCION
	ODON	C. superiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pubertares		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Temporales		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
NARIZ	Conarales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Tubercul	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Mucosa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	S. Paranasales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
BOCA	Labios	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Lengua	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Amígdalas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Dentadura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CUELLO	Tiroidea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
TORAX	Bases	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Caracón	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pulmones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Costocostal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
DORSO	Columna Vert.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alrededor ALINEADA, MOVIMIENTOS DE ROTACION, FLEXION, EXTENSION Y LATERALIZACION DE COLUMNA LUMBAR CONSERVADOS Scm. <input type="radio"/> Wink. int. <input type="radio"/> Clasificación III
ABDOMEN	Visceras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pared	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Hernias	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ENTALES	Genitales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	NO EXAMINADO PACIENTE SIN ANTECEDENTES O SINTOMAS GENITOURINARIOS
MEMBRANAS	Superiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tonal: D Negativo I Negativo Flexión: D NEGATIVO I Negativo Prónatación: D NEGATIVO I NEGATIVO REER - HAYWORTH-KENNEDY - JOBE - TEST DE YOCUM TEST DE EPICONDILITIS NEGATIVO BLATERAL, NO DEFORMIDADES APARANTES AL EXAMEN FÍSICO
	Inferiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beetsch: D Negativo I Negativo MC MURRAY NEGATIVO BLATERAL

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

22

				Cajón: <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Negativo
				Limpio: <input type="radio"/> NEGATIVO <input type="radio"/> NEGATIVO
				DOLOROSO A LA PALPACION LOCAL, SE PALPA ÍNTEGRO
	Vascular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
NEUROLÓGICOS	Fuerza	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Marcha	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Sensibilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Reflejos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

EXÁMENES DE LABORATORIO		
TIPO DE EXÁMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro Hemático	Nov 9 2018	DENTRO DE LÍMITES NORMALES.
Perfil de Orina	Nov 12 2018	ALBUMINA 10MG/DL, SANGRE +++, ESTERESA LEUCOCITARIA 250WBC/MG ALTERADO.
Colectoral		
Toxicología		
Perfil Lipídico		
Glicemia	Nov 9 2018	100.1 NORMAL
Coprológico		
Serología		
BK		
Gravidez		
Prueba Faringea		
Herpesificación		
Velometría		Def. Referenc <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Conocido <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Obs.
Espirometría	Nov 9 2018	Normal: <input checked="" type="radio"/> P.Obstruccion <input type="radio"/> P.Restrictiva <input type="radio"/> P.Mixta <input type="radio"/> Obs. NORMAL
Audiometría	Nov 9 2018	Normal X H_naur Sens. Grado 1 Grade 2 Grade 3 H Conductiva H. Miva Obs. AUDICION NORMAL
Optometría	Nov 9 2018	Normal <input type="radio"/> Obs. MIOPIA BILATERAL <input type="radio"/> Diagnóstico
	Nov 9 2018	ELECTROCARDIOGRAMA BRADICARDIA SINUSAL, PATRON DE RR V1-V2, CREATININA 1.06
	Nov 9 2018	RADIOGRAFIA DE TORAX DENTRO DE LA NORMALIDAD, RADIOGRAFIA DE COLUMNA
	Nov 9 2018	REGISTRO ELECTROENCEFALOGRAFICO DE VIGILIA NORMAL, VALORACION DE ODONTOLOGIA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA						
Vision: <input checked="" type="radio"/>	Audición: <input type="radio"/>	Respiratorio: <input type="radio"/>	Cardiovascular: <input type="radio"/>	Palmeada: <input checked="" type="radio"/>	Ergonómica: <input checked="" type="radio"/>	Otros: <input checked="" type="radio"/>

IMPRESION DIAGNÓSTICA		
Ced	Diagnóstico	Observación
M27	TRANSFORMO DE LA REFRACCION, NO ESPEC. CASO	MIOPIA BILATERAL
M31	HALLAZGOS ANORMALES EN DIAGNOSTICO POR RINDEN DEL CORAZON Y DE LA CIRCULACION CORONARIA	PATRON DE RR V1-V2 EN EKG
R01	BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA	
R31X	HEMATURIA, NO ESPECIFICADA	

OBSERVACIONES:

E REALIZAN BABINSKY-WHEEL, UNTERBERGER, ROMBERG GENSBILIZADO, ROMBERG SIMPLE TEST DEDO NARIZ Y DIADOCOCINECIA SIN LTERACIONES.

ACIENTE CON TALLA 1.84 TALLA MUNNA SEGUN PERFIL PROFESIOGRAFICO 1.88 CM, ADEMAS CON EKG PATRON DE RR V1-V2 SE EMITE A EPS PARA VALORACION POR CARDIOLOGIA. POR LO ANTERIOR NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA.

PACIENTE, EN ANTECEDENTES FAMILIARES NI PERSONALES DE PATOLOGIA RENAL, AL MOMENTO ASINTOMATICO, CON EXAMEN FISICO EN EDEMA NI SIGNOS CLINICOS EVIDENTES AL EXAMEN FISICO, AUNQUE CON PARCIAL DE ORINA CON PRESENCIA DE HEMATURIA Y STERESA LEUCOCITARIA DE 250WBC/MG + SE ENVA A EPS PARA AMPLIAR ESTUDIO

RESTRICCIONES LABORALES:

RESTRICCION TEMPORAL HASTA VALORACION POR CARDIOLOGIA

Declaración del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mí en este examen están completas y verdicas. Autorizo a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS para que se suministre a la empresa la información requerida por sus directivos incluyendo la presente Historia clínica ocupacional para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglamentación legal vigente.



Dra. Carmen Elena Lopez Arzobal
Esp. Salud Ocupacional
Lic. BO: 1208

Daniel Campo Salas

Trabajador: DANIEL CAMPO SALAS
CC 1081334885



Tercalá

Odontología Integral

Sanita Patricia 05170 Fax
Universidad Javeriana

24

Fecha: 11 noviembre 2014

Paciente: Daniel Amilo Ortiz Pinzón

Fecha de Nacimiento: 0 10 M 05 A 1999

Documento de Identidad No. 1085331968

Dirección Residencial: Hija casa 4 B/ República

Teléfono: 3157522159 Celular: 3157522159

Dirección laboral: _____

Ocupación: _____ EPS: Confamilia

ANTECEDENTES SALUD GENERAL: Normal No Defiere

ANTECEDENTE SALUD ORAL: Exodoncias de terceros
molaris, Operaciones Periodontis

VALORACION POR SISTEMAS

SISTEMA BUCAL: Normal

SISTEMA PERIODONTAL: Normal

SISTEMA CRANEOFACIAL: Normal

SISTEMA DENTARIO
 ODONTOGRAMA

25

No DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO	No DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO
11	S	21	S
12	S	22	S
13	S	23	S
14	AO	24	AO
15	AO	25	S
16	AO	26	AO
17	AO	27	S
18		28	

No DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO	No DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO
41	S	51	S
42	S	52	S
43	S	53	S
44	AO	54	S
45	S	55	AO
46	AO	56	AO y U
47	AO	57	AO y Y
48		58	

REFERENCIAS: DIAGNOSTICO CLINICO: C: caries, B: bario, P: periodoncia, A: anomalía, R: raíz, C: corona, S: salud, AO: anomalía oclusiva, P: prótesis, C: corona, C: caries, I: higiene, R: resto, P: resto, P: resto

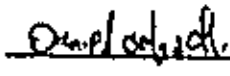

UBICACION: M: mesial, D: distal, I: incisal, E: occlusal, C: coronal

ESTADO: S: sano, P: pérdida, EX: extrínseca, I: intrínseca

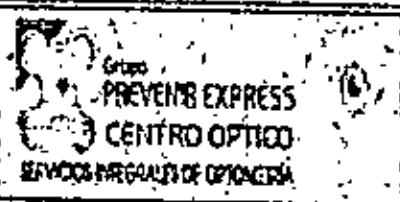
 DIAGNOSTICO INTEGRAL INICIAL: Paciente tipo I

Autorizo a la Doctora Sandra Davila para presentar mi carta dental a las entidades que lo requieran con fines laborales


Tercalá
 CLINICA ODONTOLÓGICA
 SANDRA PATRICIA DAVILA PAZ
 MEXICO 227 80577
 OBLIGADO A DAR CITA PREVIAMENTE
 POR TELÉFONO O EN PERSONA


 FIRMA PACIENTE
 

26



GRUPO PREVENIR EXPRESS
Carrera 29 # 17-89 San Andres
Diagonal Ciudad de Colombia
Telefono 7299030 Cel 3104351937
3172645522

FECHA: DIA: 01 MES: NOVIEMBRE AÑO: 2019

NOMBRE: DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
IDENTIFICACION: 1085334869

AGUDEZA VISUAL							
OJO DERECHO	SC	VL	20/30	VP	20/20	PH	NO APLICA
OJO IZQUIERDO	SC	VL	20/30	VP	20/20	PH	NO APLICA
OJO DERECHO	CC	YL	20/20	VP	20/20		
OJO IZQUIERDO	CC	YL	20/20	VP	20/20		

EXAMEN EXTERNO	
OJO DERECHO	SIN ALTERACIÓN
OJO IZQUIERDO	SIN ALTERACIÓN

OFTALMOSCOPIA	
OJO DERECHO	RETINA APLICADA
OJO IZQUIERDO	RETINA APLICADA

ISHIHARA: 14/14 ESTEREOPSIS: 40° ARCO

EXAMEN MOTOR
ORTHOFORIA

DIAGNOSTICO	RIPS
OD: MIOPIA	H321
OI: MIOPIA	H521

TIPO 2

PRESCRIPCION

SE PRESCRIBE CORRECCION OPTICA DE USO PERMANENTE LENTE MONOFOCAL

OPTOMETRA:
JOSE LUIS VELANDIA CABRA
TP: 3014213300

Jose Luis Velandia Cabra
OPTOMETRA
CORRECCION OPTICA



27

06	11	2019	Postu	INGRESO: _____	EDIFICIO: _____
DIA	MES	AÑO	CIUDAD	PERIÓDICO	CONFIRMATORIA
NOMBRE: Daniel Camilo Salas H			EDAD: 22	SEXO: H	
C.C. 1.085.834.868		EMPRESA: Los Navegadores de Colombia	TELEFONO:		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA:

Descanso Auditivo: 10 minutos. SI NO. Usó casaca sismométrica: SI NO

Marca y referencia audímetro utilizado: FOX FA 6. Fecha de la última calibración: 17 de 01 de 2019

ANTECEDENTES PERSONALES					
OTOLOGICOS	SI	NO	TRAUMATICOS	SI	NO
OTALGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMA DIRECTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMA ACUSTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTORRAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRURITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUIRURGICOS	SI	NO
SENSACION DE OIDO TAPADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUIRUGIA DE OIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERTIGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TAMPANOPLASTIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TINITUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPOACUSIA SUBJETIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			EXTRALABORALES	SI	NO
			TEJIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MOTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			MUSICA ALTO VOLUMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			VALIJAS, IPOD, MP3, MP4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			SERVICIO MILITAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			POLICIANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			HEREDITARIOS	SI	NO
			FAMILIARES CON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			PROBLEMAS AUDITIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			TOXICOS DEL NERVO ACUSTICO	SI	NO
			TOXICOS INDUSTRIALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			FARMACOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR
 (Debe llenarse únicamente por el empleado / trabajador / contratista que tiene un empleo activo)
 Fecha ingreso a la empresa: _____ Cargo: Diagonante Relación: SI NO Sección: _____ Antigüedad en el cargo en años: _____

ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A RUIDO (Por orden de tiempo de mayor a menor)				EN OTRAS EMPRESAS			
Nombre del Cargo Desempeñado (por un tiempo activo)	Tiempo (meses)	Uso de E.P.A.		Nombre de la Empresa (solo por la última empresa activa laboral)	Nombre del Cargo	Tiempo (meses)	Tipo de Elemento de Protección Auditiva Utilizada
		Tipo	Tolerancia				
		T	C				
				ninguna			

E.P.A. = elemento de protección auditiva. Tipo de Elemento de Protección Auditiva y Nivel de Exposición a Ruido. Normas del Instituto de Protección Auditiva de Bogotá. Bogotá, D.C. 1998.

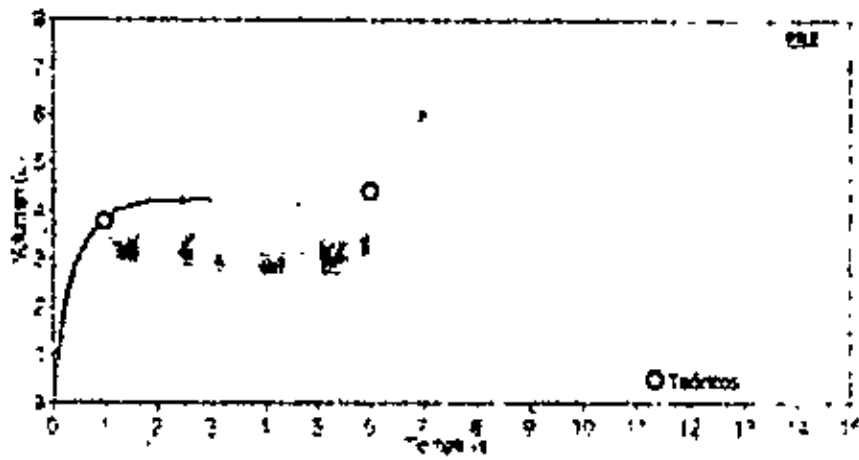
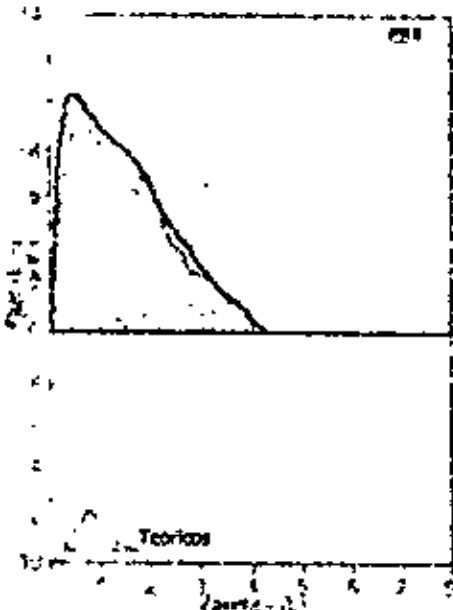
Resultados de la prueba de Función Pulmonar

29

Fecha de visita 06/11/2019

Cód. paciente 1085334868 Edad 22
 Apellido SALAS HERNANDEZ Género Masculino
 Nom. DANIEL CAMILO Altura, cm 164
 Fecha de nacimiento 10/05/1997 Peso, kg 66
 Grupo étnico Caucásico BMI 24.54
 Fuma No fumador Paquete-año
 Grupo pacientes IPS MEDICARE DE COLOMBIA SAS

FVC FEV1 FEV1%



Grado de control de calidad: A Variabilidad: FEV1=0.06L (1.58%), FVC=0.05L (1.2%)
 2 Aceptable trials

Interpretación
 Espirometría normal

Fecha prueba PRE 06/11/2019 07:46:38 a.m.

Parámetros	LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cm
FVC	L	3.64	4.42	4.26*	96	-0.33	4.26	4.21			
FEV1	L	3.06	3.79	3.86*	102	0.15	3.86	3.80			
FEV1/FVC	%	75.8	86.4	90.6*	105	0.64	90.6	90.3			
PEF	L/s	5.66	8.38	10.44*	125	1.24	10.44	9.26			
ELA	ml/s		22								
FEF2575	L/s	2.67	4.29	4.86	113	0.58	4.86	4.38			
FET	s		6.00	2.99	50		2.99	2.77			
FVC	L	3.64	4.42								
FEV1/FVC	%	75.8	86.4								

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,111 21 °C (69,8 °F) - Técnica Knudsen

Informe médico

Prueba función pulmonar dentro los límites normal

Firma *[Handwritten Signature]*

Instrumento usado
 Spirobank II new S/I: Y06319



Fecha: 08/11/2018 09:51:16 a.m.
Paciente: DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
Examen: ELECTROCARDIOGRAMA
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S

Sede: PASTO
Estudio: 62844833 243006
Documento: 1085334888
Edic: 22 p 5 m 26 d

ELECTROCARDIOGRAMA:

INDICACION : Evaluación médica.

FC : 59x minuto.

PR : 155mseg.

QRS : 103mseg.

QTc : 413mseg.

Eje QRS : 16grados

INTERPRETACION:

BRADICARDIA SINUSAL.
PATRON DE Rr: V1-V2

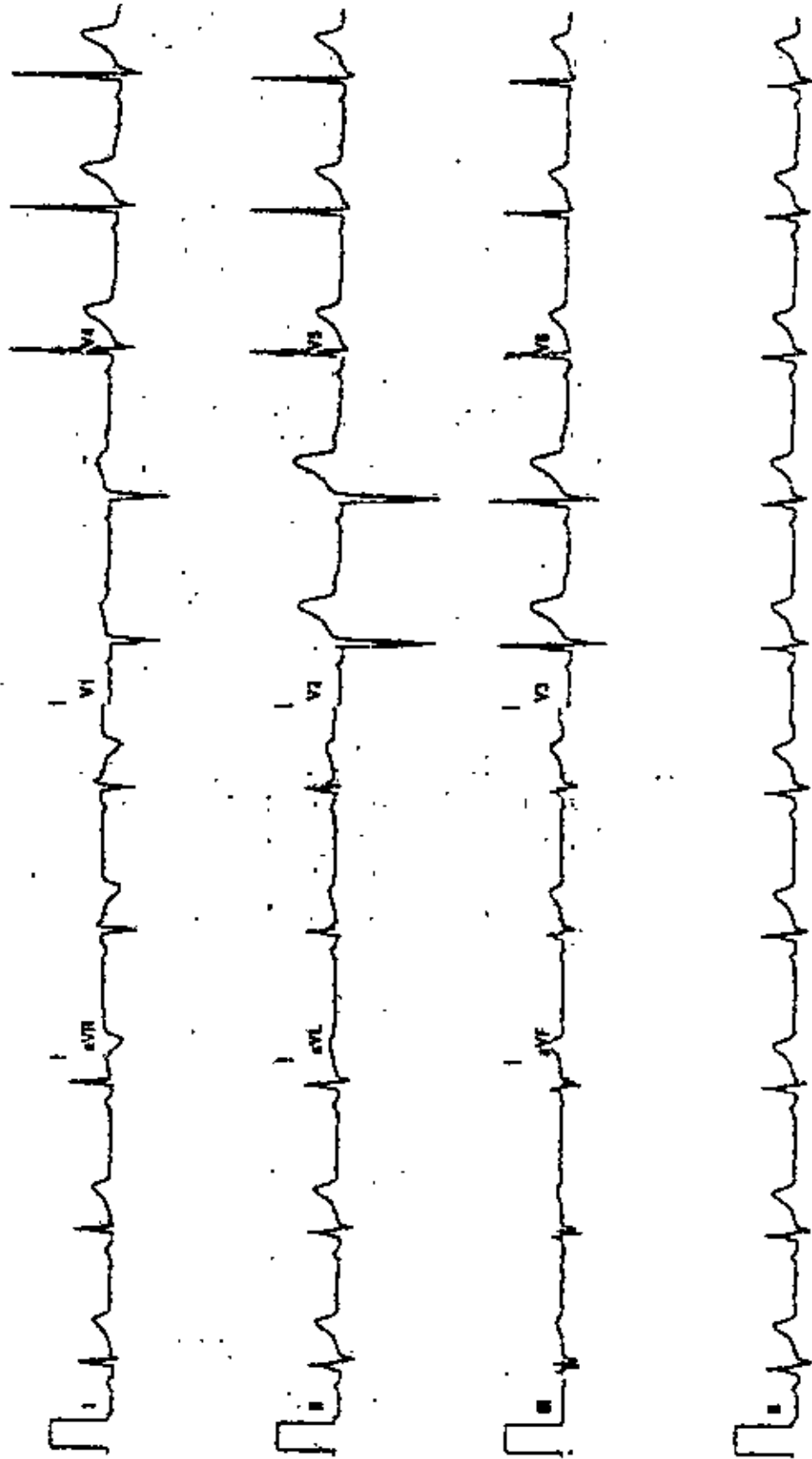
ANTONIO JOSE CASTELLANOS ANGUILO
M.D. CARDIOLOGO
R.M. 13488148
C.C. 13488148
Transcrito por: E20287

IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la responsabilidad por definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.

List: SALAS HERNANDEZ
First: DANIEL CARMELO
ID: 196334861
DOB: 10.05.1997
Age: 22 años
Sex: Male

08.11.2018 9:05:33 AM

Frec Ventr: 53 LPM
Int PR: 155 ms
Dur QRS: 103 ms
QT/QTc: 415/413 ms
Ejea P-R-T: 11 16 41
Avg RRI: 1818 ms
QTcB: 411 ms
QTcF: 412 ms




13290171647

KONE PASTO

Unid. # 00 Unid. # 49 EUI Unid. 4.A.R.14 Secuencia # 41824 25mm/s 10mm/mV @ 0.05-48 Hz

37

	PROCESO GESTIÓN AYUDAS DIAGNÓSTICAS	Código: FR-QAD-003
	REPORTE DE RESULTADOS EEG / VIDEOTELEMETRÍA	Fecha de aplicación: Aplica desde el 29 de septiembre de 2017
		Versión: 1 Páginas: 7 de 8

RESULTADOS EGG: EGG NO: 1911045 **RESULTADOS VIDEOTELEMETRÍA: VIDEOTELEMETRÍA NO: NO**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: Salas Hernandez Daniel Camilo
N. DE IDENTIFICACIÓN: 1085334868
FECHA DE NACIMIENTO: 10 Mayo /1997 **EDAD:** 22 A
EPS: SONAR SAS
DIAGNÓSTICO: NA
FECHA DE TOMA EXÁMEN: 06 noviembre 2019

MOTIVO DE REMISIÓN: Valoración INPEC
Médico remitente: NA
MEDICAMENTOS: NA

TÉCNICA E INSTRUMENTO: Estudio de electroencefalograma digital realizado con equipo Allience EEG de Nicolet Biomedical; utilizando registro de 32 canales de EEG simultáneos; según el sistema Internacional 10/20 de acuerdo a las directivas de la American Electroencephalography Society
Sedación: No
Estado del Paciente: Despierto
Activación: FE - HV

HALLAZGOS:


TRAZADO DE FONDO: Registro de encefalografía continuo digital de vigilia caracterizado por presentar ritmos de fondo alfa de 8-9cps y 30-50uVol de amplitud que se atenúa adecuadamente con la apertura ocular y ritmo beta anterior de 14-16cps y menos de 10uVol de amplitud. Trazado reactivo con buen gradiente anteroposterior.
ANORMALIDADES: No se observó actividad paroxística, signos de focalización ni asimetrías significativas en el trazado de fondo.
PROCEDIMIENTO DE ACTIVACIÓN: Se realiza hiperventilación durante 4 minutos y fotoestimulación a 3,6,9,12,15,18,21,24 y 35Hz sin observar modificación del trazado de fondo

CONCLUSIÓN:

Registro Electroencefalográfico de vigilia NORMAL

EXÁMEN TOMADO POR: María Victoria Calvache Bastidas

INTERPRETADO POR:

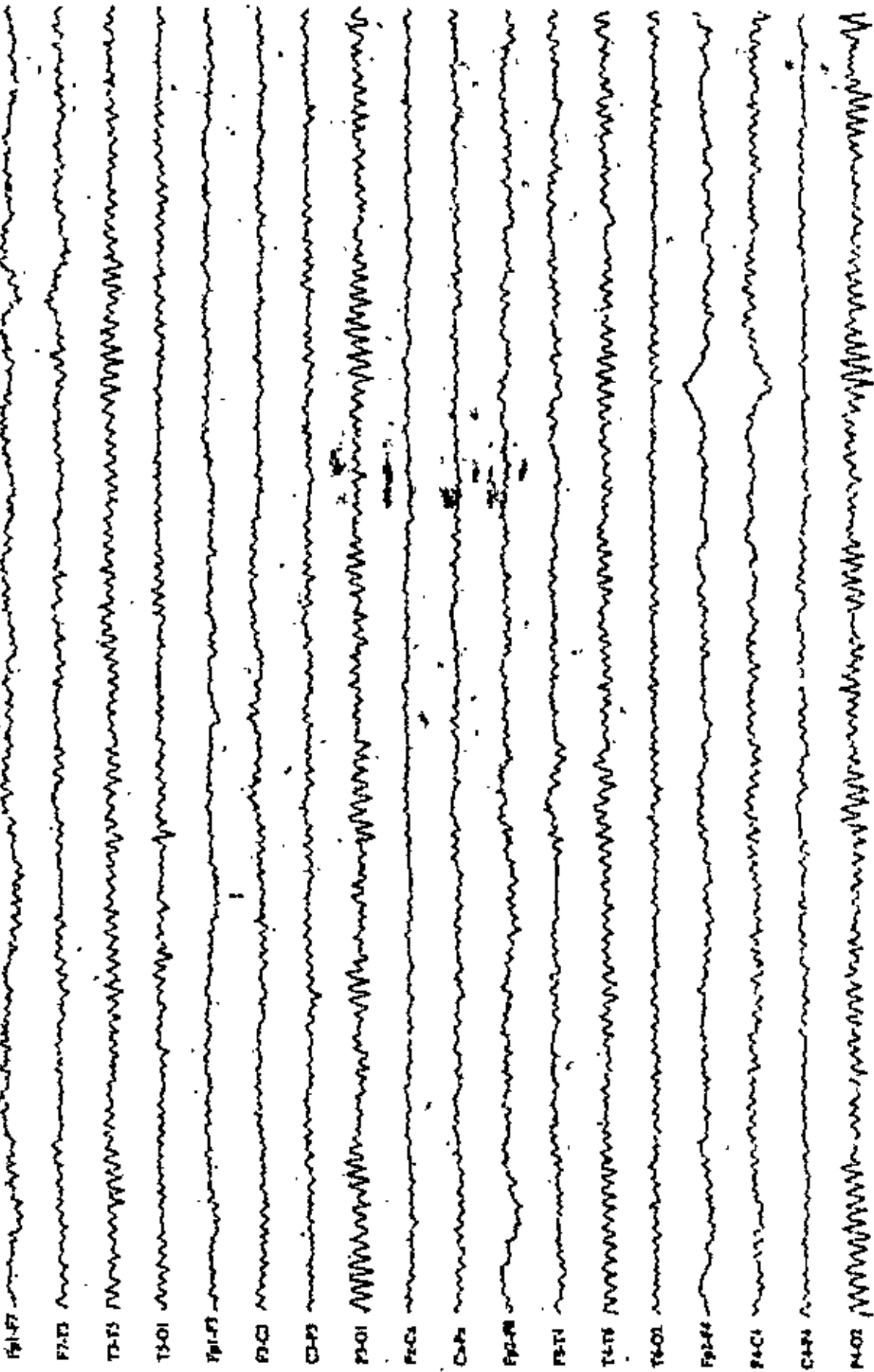

RAMIRO JOSÉ FERNÁNDEZ B.
MÉDICO NEUROPEDIATRA
RM 52828-00 CC: 98.378.377

Se anexa trazado.

Proyectó: María Victoria Calvache Bastidas

Sales Hernandez, Daniel Camilo 191104, 11/06/2019

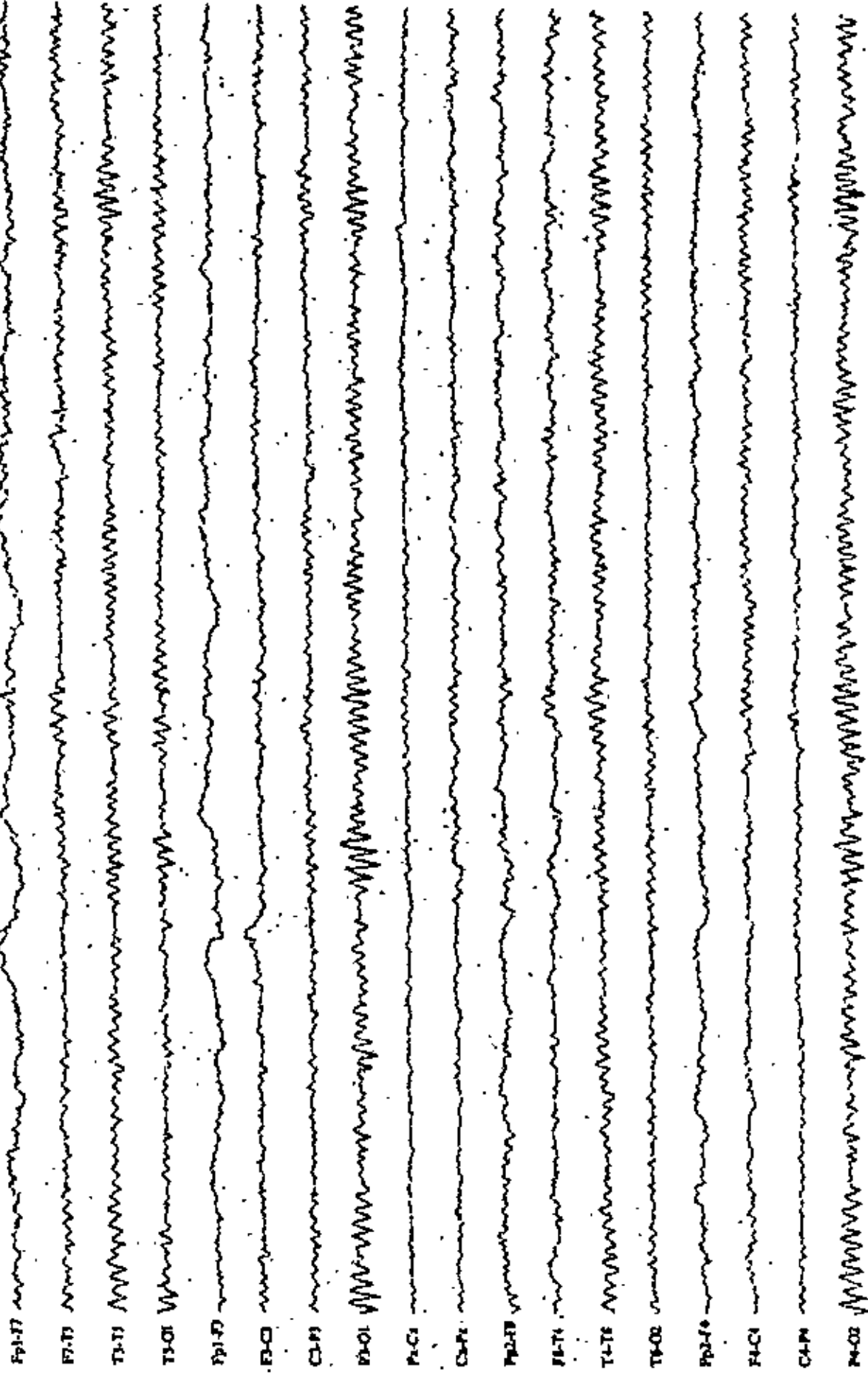
Absolute time: 09:31:31



33

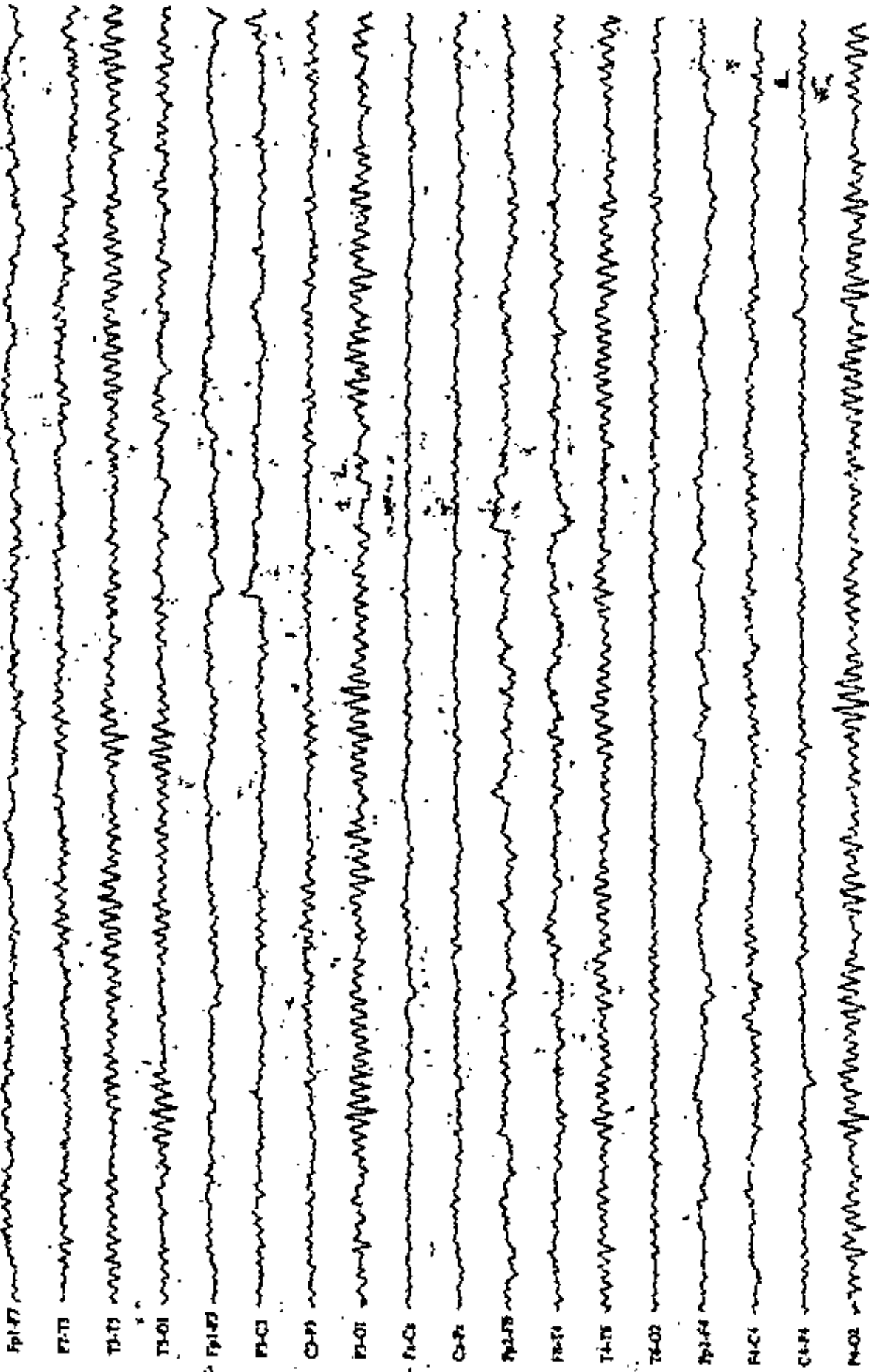
Saizaa Hernandez, Daniel Camilo 191104. 11/06/2019

Abstruuto ilirre: 09:32:59

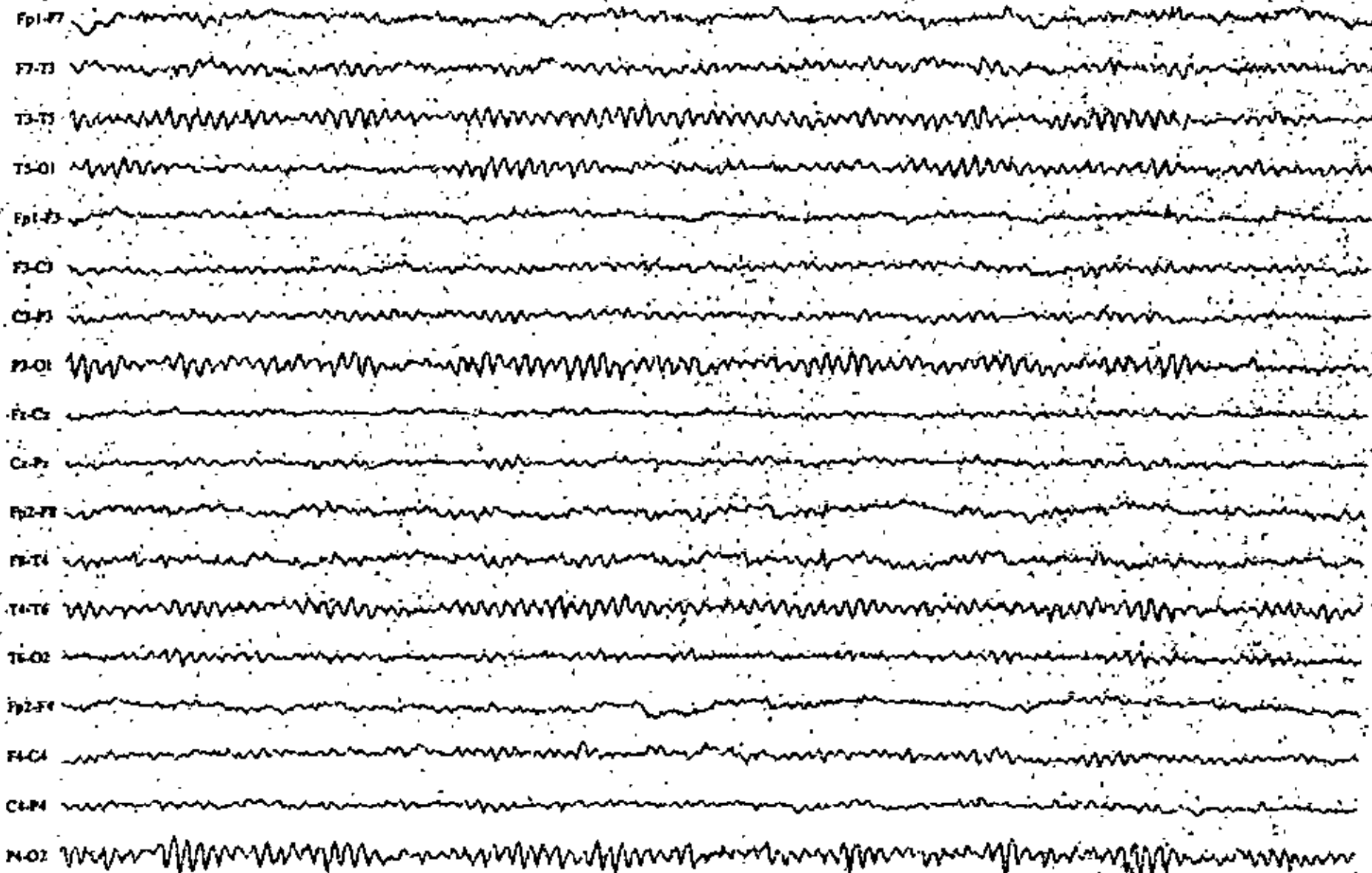


Salas Hernandez, Daniel Camilo 191104, 11/06/2019

Absoluta Time: 09:33:19

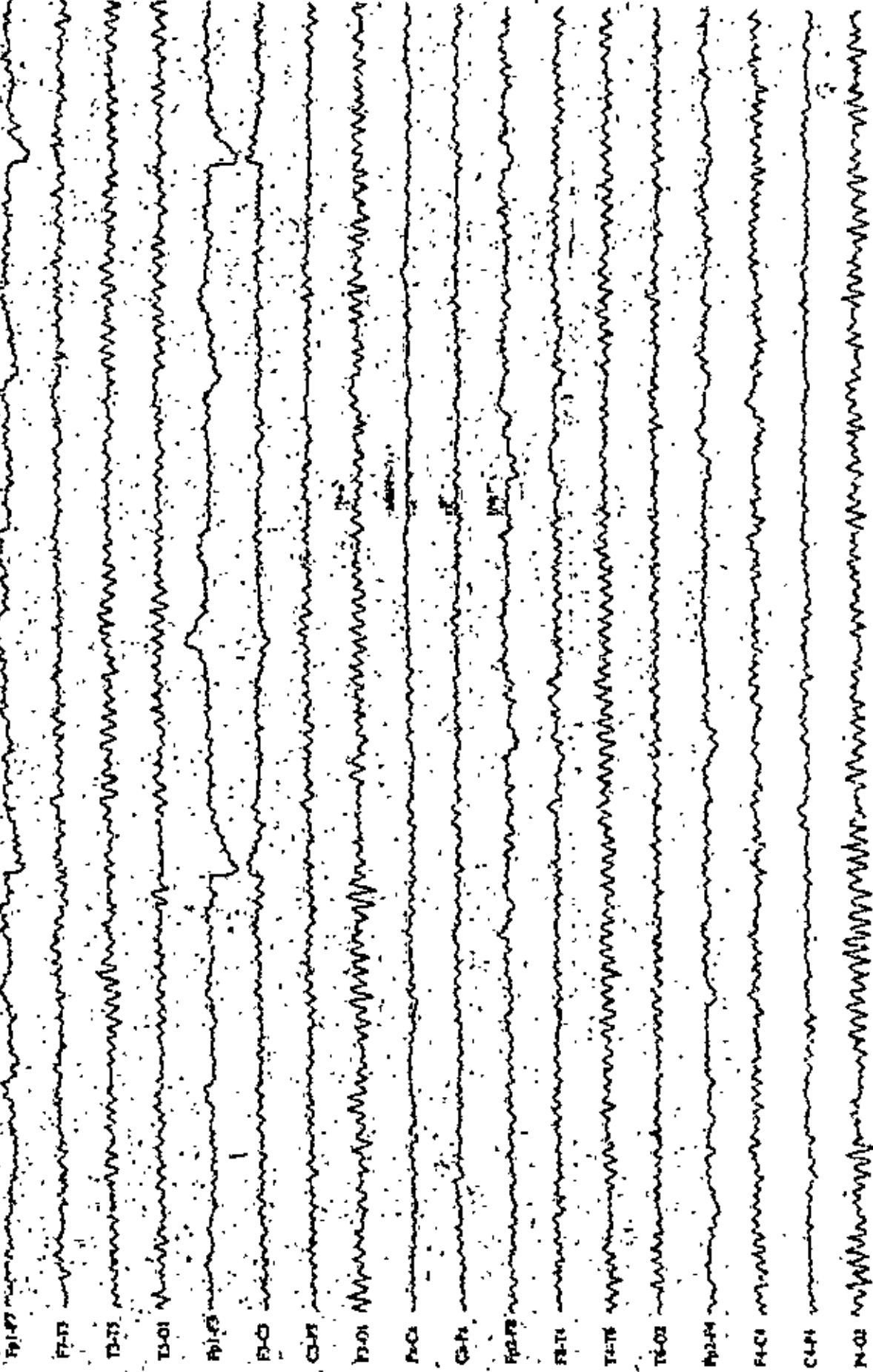


Absolute time: 09:06:09-ec



Salas Hernandez, Daniel Camilo 191104. 11/08/2019

Absolute limo: 08:41:59



37

30

NOMBRE: DR. EL CARMO ORTIZ HERNANDEZ FECHA: 11/6/2019
NÚMERO DE REGISTRO: 3765 CEDULA DE CIUDADANIA: 1025334888

PROFESION NACIONAL: 1108
REGISTRO MIN. SALUD: 4731

GLICEMIA PREPRANDIAL

GLUCEMIA: 100,1 mg/dl

INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA: 70 - 110 mg/dl

CREATININA

CREATININA: 1,08 mg/dl

INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA: HOMBRES: 0,8 A 1,3 mg/dl
MUJERES: 0,6 A 1,1 mg/dl

PARCIAL DE ORINA

EXAMEN FÍSICO DE LA ORINA
COLOR Y ASPECTO:
DENSIDAD:

AMARILLO LIMPIDO
1,015

EXAMEN QUÍMICO DE LA ORINA:

PH:
GLUCOSA:
BILIRRUBINAS:
ALBUMINA:
SANGRE:
C. CETONICOS:
ESTEARAZA LEUCOCITARIA:
NITRITOS:
UROBILINOGENO:

0
NEGATIVO
NEGATIVO
10 MG/DL
3+ MG/DL
NEGATIVO
250 WBC/MG
NEGATIVO
0,2 mg/dl

Héctor Dávila
Laboratorio Clínico
Nº 1108
Dr. Héctor Dávila
EX. HECTOR DAVILA

SEDIMENTO URINARIO DE LA ORINA

LEUCOCITOS 0 A 1 CAMPO, ERITROCITOS 3-5 POR

CAMPO



Héctor Dávila

Laboratorio Clínico

BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO
 Universidad de Antioquia
 Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
 Facultad de Medicina y Odontología
 Escuela de Medicina y Odontología
 Dirección de Medicina y del Paciente

Handwritten initials

REGISTRO NACIONAL TIM
 REGISTRO MPH SALUD 4388

ESP HECTOR VICENTE DAVILA PAZ HEMATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE U. ANTIOQUIA / U. JAVERIANA

Identificación de muestra	2768	Nombre	DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
ID paciente	1085334848	Fecha de Nacimiento	06/06/2000
Tipo	Hemograma	Sexo	Masculino

Fecha de análisis	06/11/2019 03:54 AM	Nº. De serie	490005
Fecha de reporte	06/11/2019 04:16 AM	Doctor	

WBC	6.76 $\cdot 10^9/L$	3.00	11.60	
LYM	2.52 $\cdot 10^9/L$	1.30	4.00	
MID	0.34 $\cdot 10^9/L$	0.30	1.00	
GRA	3.89 $\cdot 10^9/L$	2.40	7.60	
LYM%	37.3 %	19.1	48.5	
MID%	5.1 %	4.5	12.1	
GRA%	57.6 %	43.6	73.4	
RBC	5.83 $\cdot 10^{12}/L$	3.79	5.78	
HGB	16.9 g/dL	11.5	17.3	
HCT	47.94 %	34.00	52.90	
MCV	82 - f	84	98	
MCH	28.9 pg	27.5	32.4	
MCHC	35.1 $\cdot g/dL$	31.7	34.2	
RDWc	15.2 - %	11.1	14.0	
PLT	206 $\cdot 10^9/L$	156	342	
PCT	0.17 %	0.16	0.36	
MPV	82 - f	8.3	12.7	
PDWc	36.9 - %	37.8	43.6	
PLCC	53 - $\cdot 10^9/L$			
PLCR	26.65 %			

Urine: 0.80 ml
 PAV: 306/309
 PVR: 356/358

Comentarios:

Handwritten signature
 Laboratorio Clínico
 Héctor Dávila
 06/11/2019
 ESP HECTOR VICENTE DAVILA PAZ

Calle 19 No. 27-104 - Cuarto Piso
 Tel: 7206378 - San Juan de Pasto
 hectordavila63@hotmail.com

Residencia: Calle 17 No. 35-42 - Cel: 315 486 0010 - Pasto

40



Fecha: 06/11/2019 09:51:16 a.m.
Paciente: DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
Examen: RX TORAX PA O AP Y LT (DECUBITO LT-OBLICUAS)
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S

Sede: PASTO
Estudio: 62844833 243008
Documento: 1085314888
Edad: 22 a 5 m 26 d

RX TORAX

Estructuras óseas y tejidos blandos visibles sin alteraciones.

Tráquea central. Arco aórtico izquierdo.

Hilos de tamaño forma, posición y densidad normales.

Índice cardiotorácico conservado, ángulos cardio y costofrénicos libres.

En el parénquima no hay áreas de consolidación ni masas.

No hay cavernas, bullas o neumatoceles.

CONCLUSIÓN:

RX DE TORAX DENTRO DE LA NORMALIDAD

CARLOS FERNANDO NUÑEZ GUERRERO
M.D. RADIOLOGO
R.M. 779
C.C. 12883252
Transcrito por CASINO

IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la necesidad de trabajo diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y estudios diagnósticos previos.



Fecha: 06/11/2019 09:51:16 a.m.
Paciente: DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
Examen: RX COLUMNA DORSO LUMBAR
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S

Sede: PASTO
Estudio: 62844633 243006
Documento: 1065334666
Edad: 22 a 5 m 26 d

RX DE COLUMNA DORSOLUMBAR

La densidad ósea es adecuada.

La altura y configuración de los cuerpos vertebrales, así igual que los espacios entre ellos, su alineación y el tamaño del canal raquídeo son normales.

CONCLUSIÓN:

RX DE COLUMNA TORACOLUMBAR DENTRO DE LÍMITES NORMALES.

CARLOS FERNANDO NUÑEZ GUERRERO
M.D. RADIOLOGO
R.M. 779
C.C. 12983252
Transcrito por CASINO

IMPORTANTE: La recomendación de exámenes complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la cantidad de imágenes diagnósticas realizadas, por lo que la competencia para emitir la necesidad de exámenes complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y otros diagnósticos previos.



CNSC



Comisión Nacional
del Servicio Civil

IGUALDAD, MÉRITO Y OPORTUNIDAD



INPEC
Instituto Nacional de Penales
Alternativos y Ejecución

42

Bogotá, 10 de Diciembre de 2019

Señor:

DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ

Aspirante Concurso Abierto de Méritos

Convocatoria N° 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes.

Asunto: Respuesta Reclamación resultados de la Valoración Médica

Respetado aspirante:

En el marco del Contrato de Prestación de Servicios No. 248 de 2018 suscrito entre la Universidad de Pamplona y la Comisión Nacional del Servicio Civil de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 20181000006196 de 12-10-2018, la Universidad de Pamplona en cumplimiento de sus obligaciones contractuales, en especial, la de dar respuesta a este tipo de reclamaciones.

El aspirante interpuso la reclamación contra los resultados de la Valoración Médica. Mediante N° de reclamación 262464059 conforme a lo dispuesto en el Acuerdo 20181000006196 del 2018, Convocatoria No. 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes.

El día 18 de Noviembre de 2019, se publicó el resultado de la Valoración Médica, a través de la página web de la Comisión Nacional de Servicio Civil, para lo cual, los aspirantes tenían derecho a reclamar del 19 al 20 de Noviembre de 2019, al tenor de lo preceptuado en el Artículo 38 del Acuerdo 20181000006196 del 2018.

En aras de salvaguardar los principios de la Función Pública consagrados en el Artículo 2° de la Ley 909 de 2004 entre ellos; la igualdad, mérito, moralidad, eficacia, economía, imparcialidad, transparencia, celeridad y publicidad, en virtud de la reclamación interpuesta por el aspirante, la Universidad de Pamplona como ente Operador Logístico del Concurso abierto de méritos, correspondiente de la Convocatoria 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes, y en cumplimiento de sus obligaciones contractuales, procedió a dar respuesta al aspirante en los siguientes términos:



CNSC



Comisión Nacional
del Servicio Civil

IGUALDAD, MÉRITO Y OPORTUNIDAD



INPEC
Instituto Nacional de Penitenciaría y Capacitación

43

La presentación de la Valoración Médica no constituye una prueba dentro de la convocatoria, sino que constituye un requisito previo y obligatorio para ingresar al concurso de Capacitación u Orientación en la Escuela Penitenciaria Nacional del INPEC, esta valoración analiza la aptitud médica y psicofísica, entendida esta de manera general como la capacidad mental y física que posee un ser humano para desempeñar una actividad u oficio.

Con ocasión a la valoración médica, las inhabilidades de este tipo se encuentran reguladas en la Resolución No. 002141 del 09 de Julio 2018 "Por medio del cual se actualiza el Profesiograma, Perfil Profesiograficos y Documento de Inhabilidades Medicas Versión 4 para el empleo de Dragoneantes, Versión 3 para los empleos de Inspector Jefe"

La capacidad médica y psicofísica de los aspirantes a ingresar como alumnos de la Escuela Penitenciaria Nacional, se califica bajo los conceptos de APTO y NO APTO.

El aspirante que cumpla con todas las condiciones médicas, físicas, psicológicas y demás que le permitan desarrollar normal y eficientemente la actividad correspondiente, según el Profesiograma del Empleo de Dragoneante establecido por el INPEC, será considerado APTO.

Será calificado NO APTO el aspirante que presente alguna alteración médica, según el Profesiograma del Empleo de Dragoneante establecido por el INPEC, razón por la cual será excluido del proceso de selección.

El aspirante que obtenga calificación definitiva de NO APTO en la Valoración Médica, será excluido del proceso de selección en esa instancia.

Respecto a su reclamación donde manifiesta: "...La inhabilidad médica que fundamenta la restricción laboral NO corresponde a mis condiciones físicas, no es coherente con el contenido del Profesiograma y por lo tanto no se puede fundamentar de manera técnica y científica que existan razones para excluirme de esta convocatoria. No es justa la discriminación por razones físicas, cuando ya he demostrado mi mérito por razones psíquicas, morales e intelectuales. En ejercicio de mis derechos fundamentales ampliamente amparados por la Corte Constitucional de manera específica para concursos de esta naturaleza (Sentencia T551/17), solicito realizarme una segunda valoración médica, cuyos costos asumo: estatura, laboratorios y electrocardiograma..." es preciso aclarar que la Universidad de Pamplona como operador logístico del proceso concursal, citó a todos los aspirantes que manifestaron en su



CNSC



Comisión Nacional
del Servicio Civil

Calidad, Mérito y Oportunidad



INPEC
Instituto Nacional de Evaluación y Certificación

44

reclamación de forma expresa y clara la intención de realizar una segunda valoración médica.

Ahora bien, una vez realizada la nueva valoración por medio de la IPS correspondiente, el dictamen médico pudo corroborar que presenta restricción en su estatura, para ejercer el cargo de Dragoneante, toda vez que el rango de la misma se encuentra por debajo del límite de talla exigida por empleo a proveer. Lo anterior teniendo en cuenta lo establecido en el Artículo 47 del Acuerdo 20181000006196 de 2018:

"ARTÍCULO 47.- ESTATURA MÍNIMA Y MÁXIMA DE LOS ASPIRANTES.
De conformidad con la Resolución No. 002141 del 09 de julio de 2018 del INPEC, uno de los requisitos de Aptitud Física del aspirante es la estatura, la cual debe encontrarse dentro de los siguientes rangos:

- Hombres Mínima: 1.66m y Máxima: 1.98m
- > Mujeres Mínima: 1.58m y Máxima: 1.98m

La estatura de los aspirantes será evaluada al momento de la presentación de la valoración médica, dicha medición será realizada por el Médico Especialista en Salud Ocupacional, siendo ésta la única valoración válida para el proceso de selección.

La Comisión Nacional del Servicio Civil recomienda que el interesado que no cumpla con los estándares de estatura mínima y máxima aquí precisados, no se inscriba en el proceso, so pena de ser excluido (...)"

Asimismo, es importante reiterar al aspirante que al momento de realizar la inscripción el mismo acepto la totalidad de las reglas de la convocatoria tal y como lo establece el numeral 7 del Artículo 9 del acuerdo 20181000006196 de 2018:

"ARTÍCULO 9.- REQUISITOS GENERALES DE PARTICIPACIÓN.

Para participar en el proceso de selección se requiere:

(...)

7. Aceptar en su totalidad las reglas establecidas en el Proceso de Selección.

(...)"

En este entendido se evidencia que, el aspirante presenta una inhabilidad para prestar el servicio en la INPEC, toda vez que, Dentro del proceso de selección y en la búsqueda del personal idóneo se debe observar el marco normativo y jurisprudencial que ha venido



CNSC



Comisión Nacional
del Servicio Civil

IGUALDAD, MÉRITO Y OPORTUNIDAD



INPEC
Instituto Nacional Profesional y Cívico

45

descantándose en los pronunciamientos de las Altas Cortes, dándose las modificaciones realizadas por la rama legislativa que se observarán en el profesiograma, siendo un factor influyente en el reclutamiento de aspirantes a formar parte de la guardia penitenciaria, creándose perfiles acordes a las necesidades y funciones a realizar en la institución, respetándose los derechos fundamentales como seres humanos ajustados a la Constitución política y el bloque de constitucionalidad.

Así mismo se le informa al aspirante que el día 10 de Diciembre de 2019 se publicaran resultados definitivos de la Valoración Médica, los cuales puede consultar a través de la página web de la CNSC, con su usuario y contraseña.

En consecuencia, SE RATIFICA el estado de NO APTO del aspirante DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1085334868, dentro de los resultados de la Valoración Médica de la Convocatoria 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes.

Frente a esta decisión que resuelve la reclamación contra los resultados de la Valoración Médica de la Convocatoria 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes, no procede ningún recurso quedando en firme la misma.

Cordialmente,

ARMANDO QUINTERO GUEVARA
Líder del proceso de reclamaciones
C.C. 13487199 de Cúcuta
T.P No. 93352 del C. S. de la J.



EXAMEN ODONTOLÓGICO PARA INCORPORACION DE AUXILIARES BACHILLERES

1. FECHA: 30 de Junio de 2015
2. NOMBRE: Da-el Camila sales Hernandez
3. C.C.N°: 1085334868 DE Pasto
4. EDAD: 18 5. ESTADO CIVIL: soltero 6. NATURAL DE: Pasto

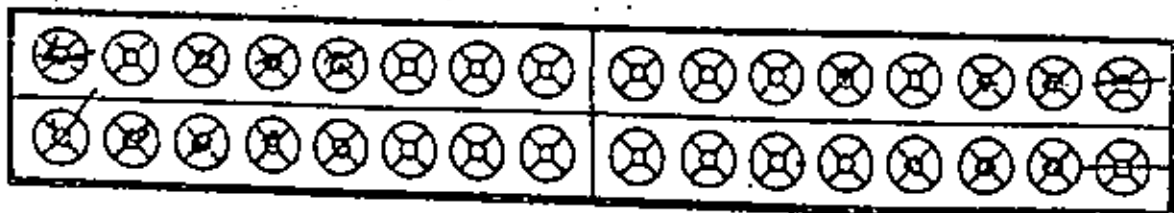
EXAMEN ODONTOLÓGICO

7. ESTADO GENERAL CAVIDAD BUCAL: Normal
8. TEJIDO GINGIVAL: sano 9. OCLUSION: Normal
10. ANODONCIA: NO 11. AUSENTES: 28-35
12. C. MAX SUP.: NO 13. C. MAX INF: NO
14. R. ABANDONADAS: NO 15. FX. CORONALES: NO
16. MAL POSICION: NO
17. L. PERIAPICALES: NO 18. FISTULAS: NO
19. PARADONTOSIS: NO 20. DESVITALIZADOS: NO
21. PROT PARCIAL: NO 22. PROT TOTAL: NO
23. OBSERVACIONES: sano

24. APTO: NO APTO:

25. FIRMA ODONTOLOGO

DA-EL CAMILA SALES HERNANDEZ
ODONTÓLOGO



EXAMEN ODONTOLÓGICO PARA INCORPORACION DE AUXILIARES BACHILLERES

- 1. FECHA 30 de junio de 2015
- 2. NOMBRE Daniel Camilo Salas Hernandez
- 3. C.C.N° 1085534868 DE Pasto
- 4. EDAD 18 5. ESTADO CIVIL sollero 6. NATURAL DE Pasto

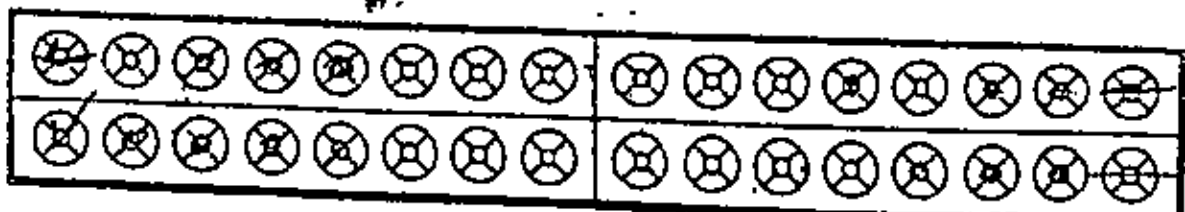
EXAMEN ODONTOLÓGICO

- 7. ESTADO GENERAL CAVIDAD BUCAL Normal
- 8. TEJIDO GINGIVAL sano
- 9. OCLUSION Normal
- 10. ANODONCIA NO
- 11. AUSENTES 28-36
- 12. C. MAX SUP. NO
- 13. C. MAX INF NO
- 14. R. ABANDONADAS NO
- 15. FX CORONALES NO
- 16. MAL POSICION NO
- 17. L. PERIAPICALES NO
- 18. FISTULAS NO
- 19. PARADONTOSIS NO
- 20. DESVITALIZADOS NO
- 21. PROT PARCIAL NO
- 22. PROT TOTAL NO
- 23. OBSERVACIONES sano

24. APTO NO APTO

25. FIRMA ODONTOLOGO





2/22

277

EXAMEN MEDICO PARA INCORPORACION DE AUXILIARES BACHILLERES

5. FECHA 30 de
6. NOMBRE Daniel Danilo Salas
7. C.C.N° 1085334868 DE Pisto
8. EDAD 18 9. ESTADO CIVIL soltero 10. NATURAL DE Pisto
9. ANTECEDENTES HEREDITARIOS ninguno
10. ANTECEDENTES PERSONALES ninguno
11. EXAMEN DE LABORATORIO
12. EXAMEN 11. FECHA 12. RESULTADO
13. CUADRO HEMATICO
14. PARCIAL DE ORINA
15. SEROLOGIA

EXAMEN CLINICO

16. OJOS normales 17. OIDOS normales 18. NARIZ normales
19. AMIGDALAS normales 20. CARDIOVASCULAR normales
21. RESPIRATORIO normales
22. DIGESTIVO normales
23. TENSION MINIMA 90 24. TENSION MAXIMA 120
25. ENDOCRINO normales
26. OSEO MUSCULAR normales
27. PIEL ANEXOS normales 28. DEFORMACIONES no
29. HERNIAS Y VARICES no 30. PESO 58 31. ESTATURA 160
32. OBSERVACIONES 60 cm

33. APTO 34. NO APTO

35. OBSERVACIONES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO Hernando Argandoña B.

REGISTRO MEDICO [Stamp]



Art 146
59

HOJA DE RESPUESTAS

APELLIDOS: Salas Hernandez NOMBRES: Daniel Camilo

FECHA: 30 de junio 2015 Sexo: Masculino Edad: 18

	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X

	SI	NO
13		X
14		X
15		X
16		X
17		X
18		X
19		X
20	X	
21		X
22		X
23	X	
24	X	

	SI	NO
25		X
26		X
27		X
28	X	
29		X
30		X
31	X	
32		X
33		X
34	X	
35	X	
36		X

	SI	NO
37	X	
38		X
39	X	
40		X
41		X
42	X	
43		X
44		X
45		X
46		X
47	X	
48		X

	SI	NO
49		X
50		X
51		X
52		X
53		X
54	X	
55		X
56		X
57		X
58		X
59		X
60		X

	SI	NO
61	X	
62	X	
63		X
64		X
65	X	
66	X	
67	X	
68	X	
69	X	
70	X	
71	X	

L. 30
T. 53
K. 60
Hs. 49
D. 53
Hi. 50
Ep. 55
Pa. 49
Pi. 44
ES. 46
Ila. 55
Art 146

58

Scanned by CamScanner

EXAMEN PSICOLÓGICO PARA INCORPORACION DE AUXILIARES BACHILLERES

DATOS GENERALES AUXILIARES BACHILLERES

1. INCORPORACION

4/22

1.1 Ciudad y fecha Popayan 30 de Junio 2015
 1.2 Apellidos y Nombres Salas Hernandez Daniel Danilo
 1.3 Edad 18 1.4 Fecha de nacimiento 10 de mayo 1997
 1.5 Estatura 1.64 1.6 Cédula 1085334898 de Wsto

CONFORMACION DEL NUCLEO FAMILIAR

1.7 NOMBRES Y APELLIDOS	1.8 PARENTESCO	1.9 EDAD	1.10 ESCOLARIDAD	1.11 OCUPACION
Rosa Yolanda Hernandez	Madre	34	Bachiller	Estilista
Luis Carlos Salas Acaso	Padre	34	Quinto de Primaria	Mecanico
Juan Jose Salas	Hermano	9	cuarto de primaria	Estudiante
Olavo Hernandez	abuelo	76	Quinto de Primaria	
Marcela Tabora	abuela	68	Quinto de Primaria	

1.12 Lugar que ocupa entre los hermanos mayor 1.13 hijo único No

1.14 Dirección de la Residencia Manzana 5 casa 4

1.15 Barrio Aguilongo 1.16 Teléfono fijo _____ 1.17 Celular 3153522137

1.18 bachiller del colegio _____

1.19 describe 05 cualidades de su forma de ser _____

* Responsable * Creativo * Puntual * Respetuoso * fuerte

1.20 Describe 05 aspectos negativos de su forma de ser mi malgenio * mi vanidad
mi orgullo *

1.21 Actividades que tiene como pasatiempo _____

* Dibujar * Jugar futbol * Jugar voleibol * estudiar * leer novelas

INPEC

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

5/22

58

1.22 que piensa de las personas que están reclusas en los centros carcelarios
Pienso que esas personas tienen su merecido por lo del delito
cuales delito y además es justo, a

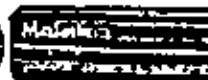
1.23 conoce algún centro carcelario SI _____ NO X

1.24 si su respuesta es positiva ¿bajo qué circunstancias lo conoció?

1.25 Situaciones de conflicto que se le hayan presentado durante su vida.
Ninguna no he tenido conflictos.

1.26 Consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo, alcohol:
Ninguna me gusta el deporte

1.27 Motivo por el cual se presentó a prestar servicio militar en el INPEC
Para servir a mi comunidad y es algo que me gusta y me hace
trabajar.



INPEC

6/22

1.28 Que características cree que deba tener un Auxiliar Bachiller del INPEC

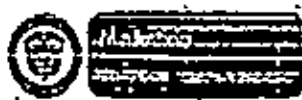
ser serio, puntual, responsable, acatar órdenes de los superiores.
ser respetuoso, hablar siempre con la verdad y ser muy estudioso

1.29 OBSERVACIONES

El evaluado si maneja cantidad
de tiempo y puntual, tiene puntual
personal. buen grado verbal
trabaja que en el curso se esperaba
con la motivación y ya en la vida.
su nivel es mayor al INPEC.

1.30 APTO SI NO

1.31 FIRMA DEL PSICOLOGO



52

CONSENTIMIENTO PARA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

Daniel Camilo Salas Hernandez, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía número 1085334868 expedida en Pasto

AUTORIZO al área de sanidad del Grupo de Servicio Militar del INPEC, para que realice la toma de muestras en sangre y orina para análisis de laboratorio.

Así mismo hago constar que he sido informado sobre las posibles complicaciones secundarias a la toma de las muestras tales como: hematomas, sangrados, flebitis o infección entre otros.

Autorizo para que los resultados de las pruebas de laboratorio sean consultados para fines pertinentes únicamente por parte del personal autorizado por el Grupo de Servicio Militar del INPEC.

Se firma a los días 20 del mes Agosto del año 2015

Firma Daniel Salas H.

Cedula 1085334868





**CARDIO IMAGENES DEL CAUCA
POPAYÁN.**

8/20

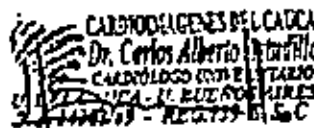
53

Cardiología Clínica y Pediátrica - Ecocardiograma modo M 2D doppler color - Eco Stress Farmacológico (Dobutamina) y con Prueba de Esfuerzo - Ecocardiograma Transesofágico - Prueba de Esfuerzo Convencional - Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) - Holter Ekg 24hs - Ecografías en General.

*** ELECTROCARDIOGRAMA ***

Popayán, 20 de AGOSTO de 2014

NOMBRE : DANTEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
DSI : 1.035.334.868
EDAD : 18 AÑOS
ENTIDAD : INPEC
DX : NO ESPECIFICADO EN ORDEN
CONCLUSION : RITMO SINUSAL A 59 LAT/MIN. EJE DESVIADO A LA DERECHA. TRAZADO NORMAL,
SIN PARTICULARIDADES PARA LA EDAD.



Dr. Carlos Alberto Astudillo Espinosa,
Cardiólogo Universitario.

MIEMBRO DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

CARDIOIMAGENES DEL CAUCA - POPAYÁN. TEL: 8203097/FAX: 8200203. E-MAIL: CARDIOIMAGENES@UNICAJAL.COM
CALLE 15ª N° 2 - 256 CENTRO MEDICO QUIRURGICO LOS ANDES.



Servicios de Diagnóstico Médico SA

NR: 800.220.311-4
 C8 12a # 200 -37 Yumbo - Arroyohondo / PBX (2) 625 70 80
 www.sdmdiaagnostico.com - info@sdmdiaagnostico.com

Fecha Emisión:
 Fecha Recibo:
 Año VIGENTE:



55

Nombre: DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
 ID : 1083334803
 Edad : 18
 Medico :
 Orden :

Fecha Recipiente: 2015-08-20
 Fecha Resultado:
 Fecha Impresión: 2015-08-25 - Copia: 0
 Empresa : ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIA
 Código Interno : 110960572

10/22

Análisis	Resultado	Valor de Referencia	Unidad
1 GLICEMIA PRE Pivote Electrónico - Secretarías: CLAUDIA PATRICIA SANTA ESCOBAR Registro: 7498-05	93.11	70.00	103.00 mg/dl

2 CUADRO HEMATICO

RECUEENTO DE LEUCOCITOS	10.8	4.0	16.0	#
-NEUTROFILOS	3.20	1.80	7.20	%
-LINFOCITOS	6.60	6.00	1.20	%
-MONOCITOS	0.80	0.00	0.80	%
-EOSINOFILOS	0.20	0.00	0.20	%
-BASOFILOS	0.00	0.00	0.20	%
RECUEENTO DE ERYTROCILOS	34.0	25.0	45.0	%
-LINFOCITOS	34.0	25.0	45.0	%
-MONOCITOS	2.0	0.0	7.0	%
-EOSINOFILOS	0.0	0.0	2.0	%
-BASOFILOS	0.0	0.0	2.0	%
RECUEENTO DE GLOBULOS ROJOS	4.81	4.84	6.20	10 ⁶ /mm ³
HEMOGLOBINA	14.0	12.0	18.0	g/dl
HEMATOCRITO	32.1	36.6	54.0	%
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	66.8	80.8	100.0	fL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	27.6	27.0	32.0	g/dl
CONCENTRACION DE Hb CORPUSCULAR MEDIA	31.1	32.0	37.0	g/dl
ANCHO Y DISTRIBUCION DE ERYTROCILOS SD	43.9	38.0	63.0	%
ANCHO Y DISTRIBUCION DE ERYTROCILOS CV	11.4	11.5	14.0	%
PLAQUETAS	248	150.0	450.0	10 ³ /mm ³
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.0	10.0	13.0	fL

Pivote Electrónico - Secretarías: RYCOL PATOLA EBANA MARGARITA
 Registro: 0

3 PARCIAL DE ORINA

COLOR	AMARILLO
ASPECTO	TRANSPARENTE
OPACIDAD URINARIA	0
PH URINARIO	6.5
LEUCOCITOS EN ORINA	NEGATIVO
NIETRITOS EN ORINA	NEGATIVO
PROTEINA EN ORINA	NEGATIVO
GLUCOSA EN ORINA	NEGATIVO
CETONURIA	NEGATIVO
UROBILINOGENO EN ORINA	Normal (L) neg.
BILIRUBINA EN ORINA	NEGATIVO
ERYTROCILOS EN ORINA	NEGATIVO
SEDIMENTO URINARIO	NEGATIVO
LEUCOCITOS: 0-1XC NEMATOS: 0-2XC CELULAS EPITELIALES: 0-2XC BACTERIAS: CLORIDOS: NEGATIVO, CRISTALES: NEGATIVO	

Pivote Electrónico - Secretarías: CARLOS MARIO CARRANCA RUIZ
 Registro: 106700103

MARCHURIA	NEGATIVO
VALOR DE REFERENCIA: NEGATIVO	

Calle 11 No 100 - 20 P.O. Box 100000 - Bogotá D.C. - Colombia
 Tel: (57) 1 220 3111 Fax: (57) 1 220 3111
 Calle 11 No 100 - 20 P.O. Box 100000 - Bogotá D.C. - Colombia
 Tel: (57) 1 220 3111 Fax: (57) 1 220 3111



Servicios de Diagnóstico Médico SA

Nit: 900.270.311-4
 Cl 12a # 200 -37 Yumbo - Arroyohondo / Páez (Z) 895 70 80
 www.edndiagnostico.com - info@edndiagnostico.com

Papeo 20150009
 No. 19220
 Anx VLA 5.16



Nombre: DANIEL CAMILO SALAS HERNANDEZ
 ID : 1085334808
 Edad : 18
 Médico :
 Orden :

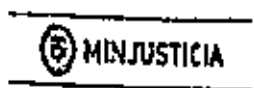
11/2

Fecha Recepción: 2015-06-20
 Fecha Resultado:
 Fecha Impresión: 2015-06-25 - Copia: 0
 Empresa : ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIA
 Código Interno : 110800572

R	Análisis	Resultado	Valor de Referencia	Unidad
	TITULO SEROTIPIFICACION SEROTIPOLOGIA CARLOS MARCO CARRANZA RUIZ			
	Registro: 1057880100			

S	SEROLOGIA RPR	NO REACTIVO		
	VALOR DE REFERENCIA: NO REACTIVO			
	Pruebas Bacteriológicas - Serología: CARLOS MARCO CARRANZA RUIZ			
	Registro: 1057880100			

57



ESCUELA PENITENCIARIA NACIONAL
CENTRO DE INCORPORACIÓN E INSTRUCCIÓN POPAYÁN
HISTORIA CLÍNICA

- 1) FECHA 03 de septiembre 2015
- 2) NOMBRE Daniel camilo Salas Hernandez
- 3) EDAD 18 4) CURSO: 2 - 15
- 5) SECCION 2da 6) CEDULA 1085334868
- 7) OJOS normal 8) OIDOS normal
- 9) NARIZ normal 10) AMIGDALAS normal
- 11) CARDIOVASCULAR normal
- 12) RESPIRATORIO normal
- 13) TENSION MAXIMA 80 14) TENSION MINIMA 120
- 14) OSTEO MÚSCULAR normal
- 15) PIEL ANEXOS normal
- 16) DEFORMACIONES normal
- 17) HERNIAS VARICES normal
- 18) PESO 61 19) ESTATURA 1.64
- 20) OBSERVACIONES sano

21) FIRMA MEDICO Hernando Lopez B.

Centro de Instrucción Penitenciaria
Cra. 3 Veraguas del Centro
Tel. 313222448-31020877
e.instruccionpopayan@inpec.gov.co



PROSPERIDAD
PARA TODOS

59




Hernando Legarda B.

Médico Cirujano
Medicina Deportiva
R.S.P. 699


Teléfono: 837 56 20 - Cel. 300 773 2279 - Popayán ©

Fecha: 04 03 2014

Número: 20141 2010-1
cc 1085334 864


 1) Cefotaxima 200 mg
 2) Cefotaxima 200 mg
 3) Cefotaxima 200 mg
 4) Cefotaxima 200 mg

Hernando Legarda B.
 MÉDICO CIRUJANO
 MEDICINA DEPORTIVA
 R.S.P. 699



TERCER EXAMEN ODONTOLÓGICO PARA AUXILIARES BACHILLERES

1. FECHA 10 de noviembre 2015
2. NOMBRE Daniel Danilo Salas Hernández
3. C.C.N° 105534868 DE Pasto
4. EDAD 18 5. ESTADO CIVIL soltero 6. NATURAL DE Pasto

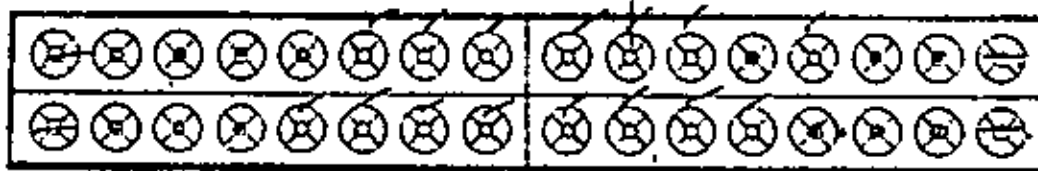
EXAMEN ODONTOLÓGICO

7. ESTADO GENERAL CAVIDAD BUCAL Ninguna
8. TENDIDO GINGIVAL Buena 9. OCCLUSION Clase I
10. ANODONCIA No 11. AUSENTES No
12. C. MAX. SUP. No 13. C. MAX. INF. No
14. R. ABANDONADAS No 15. FX. CORONALES No
16. MAL POSICION No
17. L. PERIAPICALES No 18. FISTULAS No
19. PARADONTOSIS No 20. DESVITALIZADOS No
21. PROTPARCIAL No 22. PROT TOTAL No
23. OBSERVACIONES Cordones en el maxilar Paciente
clínicamente sano

24. APTO NO APTO

25. FIRMA ODONTÓLOGO

[Firma]
FRANCISCA MORALES
ODONTÓLOGA
C.C.N° 105534868



TERCER EXAMEN MÉDICO PARA AUXILIARES BACHILLERES

5. FECHA 20 de noviembre 2015
6. NOMBRE Daniel Danilo Salas Hernández
7. C.C.N° 105534868 DE Pasto
8. EDAD 18 5. ESTADO CIVIL soltero 6. NATURAL DE Pasto - varón
9. ANTECEDENTES HEREDITARIOS _____
10. ANTECEDENTES PERSONALES _____
11. EXAMEN DE LABORATORIO _____
12. EXAMEN _____ 11. FECHA _____ 12. RESULTADO _____



INPEC

16/11/22

67

- 13. CUADRO HEMÁTICO _____
- 14. PARCIAL DE ORINA _____
- 15. SEROLOGÍA _____

EXAMEN CLÍNICO

- 16. OJOS norm 17. OÍDOS norm 18. NARIZ norm
- 19. AMIGDALAS norm 20. CARDIOVASCULAR norm
- 21. RESPIRATORIO _____
- 22. DIGESTIVO _____
- 23. TENSION MINIMA 100 24. TENSION MAXIMA 100
- 25. ENDOCRINO _____
- 26. OSEO MUSCULAR _____
- 27. PIEL ANEXOS _____ 28. DEFORMACIONES norm
- 29. HERNIAS Y VARICES norm 30. PESO 63 31. ESTATURA 164
- 32. OBSERVACIONES norm

33. APTO T 34. NO APTO _____

35. OBSERVACIONES _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO _____

FIRMA DEL MEDICO

Handwritten signature: Fernando Legado B.

REGISTRO MEDICO

TERCER EXAMEN PSICOLOGICO PARA AUXILIARES BACHILLERES

DATOS GENERALES AUXILIARES BACHILLERES

1. INCORPORACION

- 1.1 Ciudad y fecha Potopon - Cauca 20 de noviembre 2015
- 1.2 Apellidos y Nombres Sales Borrero Donat Camilo
- 1.3 Edad 19 1.4 Fecha de nacimiento 10 de mayo 1997
- 1.5 Estatura 1.65 1.6 Cedula 1085334868 de Pasto

CONFORMACION DEL NUCLEO FAMILIAR

1.7 NOMBRES Y APELLIDOS	1.8 PARENTESCO	1.9 EDAD	1.10 ESCOLARIDAD	1.11 OCUPACION
Luc Carlos Sales Borrero	Padre	37	Secundaria	Mecanico
Roberta Hernandez Torres	Madre	37	Bachiller	Estilista
Juan Jose Sales Hernandez	Hermano	9	Primaria	Estudiante
Laura Gabriela Torres	Hermana	14	Secundaria	Estudiante

Centro de Inspección Psiquiátrica
Km. 3 Vía a San Juan
Tel. 317732811
e.fernandez@prospereidad.gov.ec



PROSPERIDAD
PARA TODOS

62

1/22

1.12 Lugar que ocupa entre los hermanos 1 1.13 hijo único _____
1.14 Dirección de la Residencia Managua 5 avda 9
1.15 Barrio Apelongo 1.16 Teléfono fijo _____ 1.17 Celular 515351233
1.18 bachiller del colegio matucón escuela Las Olivas Luisely Rodriguez
1.19 describa 05 cualidades de su forma de ser _____

1.20 Describa 05 aspectos negativos de su forma de ser _____

1.21 Actividades que tiene como pasatiempo _____
Jugar futbol
leer
Dibujar

1.22 que piensa de las personas que están reclusas en los centros carcelarios
Pienso que esas personas estan pagando ante la sociedad por un error cometido en su vida tales como asesinato, violación, robo, igualmente son personas iguales a nosotros y tenemos que respetarlas

1.23 conoce algún centro carcelario SI X NO _____

1.24 si su respuesta es positiva ¿bajo que circunstancias lo conoció?
Conoci un centro carcelario porque nosotros como escuela nos llaman a hacer requisitos, a llevar a los señores internos por eso conocí un establecimiento

1.25 Situaciones de conflicto que se le hayan presentado durante su vida.
la verdad ninguna

1.26 Consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo, alcohol:
NO



INPEC

18/12

63

1.27 Motivo por el cual se presento a prestar servicio militar en el INPEC

Porque quiero seguir en esta gran institucion, me gusta demasiado me llama la atencion desde que era un niño

1.28 Que características cree que deba tener un Auxiliar Bachiller del INPEC

ser responsable, ser educado, portar correctamente el uniforme, el cual nos identifica como auxiliares, ser ordenado, ser tolerante, tratar con las ordenes dadas por nuestros superiores.

1.29 OBSERVACIONES

El estudiante se encuentra orientado en tiempo y persona, muestra fluida verbalización muy buena sus ideas cambian rápidamente a ser factuales y valores muestra su familia cumple con sus deberes personales.

1.30 APTO

SI

NO

1.31 FIRMA DEL PSICOLOGO

19/22

69

ANEXO 02.

EXAMEN MÉDICO AUXILIARES DACTILILLERES

1. SELECCIONE CON UNA (X) EL TIPO DE EXAMEN A PRACTICAR
Primer Examen (), Tercer examen (), Examen de licenciamento (X)

2. PRIMER EXAMEN:

- 2. LUGAR Y FECHA: Paoyan - Cauca
- 4. APELLIDOS Y NOMBRES: Salas Hernandez Daniel Camilo
- 5. CC. N° 1085334860 DE Paota B. EDAD 19
- 6. NATURAL DE _____
- 8. ANTECEDENTES HEREDITARIOS NO
- 9. ANTECEDENTES PERSONALES NO
- 10. EXÁMENES DE LABORATORIO _____
- 11. EXAMEN _____ 12. FECHA _____ 13. RESULTADO _____
- 14. CUADRO HEMÁTICO _____
- 15. PARCIAL DE ORINA _____
- 16. SEROLOGÍA _____

EXAMEN CLÍNICO

- 17. OJOS CAI 18. OÍDOS CAI 19. NARIZ CAI
- 20. AMÍGDALAS CAI 21. CARDIOVASCULAR CAI
- 22. RESPIRATORIO _____
- 23. DIGESTIVO CAI
- 24. SIGNOS VITALES _____
- 25. T.A. 120/80 26. F.C. 90 27. F.R. 20 28. PESO 69 29. TALLA 167
- 30. ENDOCRINO _____
- 31. ÓSEO MUSCULAR _____
- 32. PIEL ANEXOS CAI 33. DEFORMACIONES NO
- 34. HERNIAS Y VARICES NO

35. OBSERVACIONES CAI

36. APTO NO APTO _____

37. FIRMA DEL MÉDICO [Signature]

38. REGISTRO MÉDICO [Signature]

39. TERCER EXAMEN

40. LUGAR Y FECHA: Paoyan

41. OBSERVACIONES: CAI

42. APTO NO APTO _____

43. FIRMA DEL MÉDICO [Signature]

44. REGISTRO MÉDICO [Signature]

45. EXAMEN DE LICENCIAMIENTO

46. LUGAR Y FECHA: Paoyan

MINISTERIO DE JUSTICIA

INPEC



20/22

65

47. EXAMEN CLÍNICO

- 48. OJOS CA 49. OÍDOS CA 50. NARIZ CA
- 51. AMÍGDALAS CA 52. CARDIOVASCULAR CA
- 53. RESPIRATORIO CA
- 54. DIGESTIVO CA
- 55. SIGNOS VITALES
- 56. T.A. 120/80 57. F.C. 60 58. F.R. 20 59. PESO 67 60. ESTATURA 167
- 61. ENDOCRINO M
- 62. ÓSEO MUSCULAR M
- 63. PIEL ANEXOS CA 64. DEFORMACIONES NO
- 65. HERNIAS Y VARICES NO

66. OBSERVACIONES: sano

67. APTO NO APTO grado B

68. FIRMA DEL MÉDICO [Signature]

69. REGISTRO MÉDICO [Signature]

Oficina de Asesoría Jurídica
 Oficina de Asesoría Técnica
 Oficina de Asesoría Social
 Oficina de Asesoría Psicológica
 Oficina de Asesoría Lingüística

MINISTERIO DE JUSTICIA

INPEC
Instituto Nacional de Psicología y Conducta

21/12 TODOS POR UN NUEVO PAÍS

66

FORMATO O.P. 018-08 V02
EXAMEN PSICOLÓGICO DE CAPACIDAD PSICOFÍSICA
PARA LICENCIAMIENTO DE AUXILIARES BACHILLERES DEL INPEC

1 Ciudad y fecha Popayan - Cauca

2 Apellidos y Nombres Jalaz Hernandez Daniel Danilo

3 Edad 19 4 Fecha de Nacimiento 10 de mayo 1997

5 Estatura 1.67 6 Cédula N° 1005334868 de Posto

7 Ciudad en la que fue incorporado Popayan - Cauca

8 Establecimientos donde prestó el servicio militar obligatorio:

8.1 Centro de Instrucción: Popayan

8.2 Lugar de destinación: Posto

8.3 Traslados:

9 Experiencia Positiva del Servicio Militar

Aprendi a valorar a mi familia
mi experiencia positiva fue que apesar de que uno tenga mundo
no nos hace mas que las demas personas todos somos iguales y
tenemos los mismos valores y debemos ser respetuosos

10 Experiencia negativa del Servicio Militar

Experiencia negativa conflictos con los internos, amenazas,
viras etc.

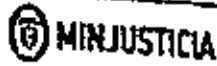
11 Aplicar prueba MINIMLT

12 Conforme al artículo 3° del Decreto Ley 1796 de 2000, el auxiliar examinado es:

APTO APLAZADO NO APTO

13 FIRMA DEL PSICÓLOGO N° Registro Profesional

Cecilia de Jesús Calles García
Psicóloga
T.P. N° 130220



2/22

67

EXAMEN ODONTOLÓGICO AUXILIARES BACHILLERES
1. SELECCIONE CON UNA (X) EL EXAMEN A PRACTICAR
 Primer Examen (), Tercer examen (), Examen licenciamiento (X).

2. TERCER EXAMEN _____
 3. LUGAR Y FECHA Popayán - Cauca
 4. APELLIDOS Y NOMBRES Salas Hernandez Doracl Casillo
 5. C.C.M.º 1085134869
 6. SEXO 10 7. ESTADO CIVIL soltero 8. NATURAL DE Pasto

EXAMEN ODONTOLÓGICO

9. ESTADO GENERAL CAVIDAD BUCAL Buena
 10. TEJIDO GENGIVAL SANO
 11. OCLUSIÓN Normal
 12. ANODONCIA NO
 13. ALBICIES NO
 14. C. MAX.SUP. NO
 15. C. MAX.INF. NO
 16. R. ABANDONADAS NO
 17. FX. CORONALES NO
 18. MAL POSICION NO
 19. PERRAPICALES NO
 20. FISTULAS NO
 21. PARADONTIAS NO
 22. DESVITAMINADOS NO
 23. PROT.PARCIAL NO
 24. PROT. TOTAL NO
 25. ODONTOGRAMA _____



GLOSARIO

CARES:
 AMALGAMA:
 AUSENTE:
 EXODONCIA INDICADA:
 RESTO RADICULAR:
 REQUIERE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS: (En Negro)
 PROTESIS:
 PRESENTA TRATAMIENTO DE CONDUCTOS: (En Negro)

FRACTURA:
 RESINA:
 EN ERUPCIÓN:
 SELLANTES:
 CORONA:

26. OBSERVACIONES _____

27. APTO X NO APTO _____ CODIGO DE HABILIDAD _____

28. FIRMA ODONTOLÓGICO _____

29. REGISTRO DONTOLÓGICO _____

Resumen de Consulta



68

Fecha: 13/12/2019

Fecha de la consulta: 13/12/2019

Mejía Molina SERVIMED

I.- Ficha de Identificación

No. de Expediente:	1085334888	Edad:	22
Nombre:	DANIEL SALAS HERNANDEZ	Sexo:	M
Estado Civil:		Escolaridad:	
Lugar y Fecha de Nacimiento:	PASTO	Teléfono:	
Domicilio:			

II.- Interrogatorio

1. Motivo de la Consulta: ASISTE PARA CERTIFICADO MÉDICO
2. Síntomas: PACIENTE MASCULINO DE 22 AÑOS DE EDAD QUE ASISTE PARA VALORACIÓN MÉDICA GENERAL, NO REFIERE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NO SÍNTOMAS DE PIEL, NO OTROS SÍNTOMAS, REFIERE DORMIR 8 HORAS DIARIAS, COME DE FORMA SALUDABLE, NO REFIERE DOLOR ARTICULAR. ANTECEDENTES PERSONALES: NEGATIVO ANTECEDENTES FAMILIARES NO REFIERE.
3. Aparatos y Sistemas: NO REFIERE

III.- Exploración Física

	Peso Actual	Presión Arterial	Frec. Respiratoria	Talla
	65 Kg	118 / 85 mmHg	16 x minuto	168 cm
Temperatura	Frecuencia Cardíaca			
38.5 grados centígrados	72 x minuto			

Exploración Física

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CABEZA NORMOCEFALO, NO PRESENTA LESIONES, OÍDOS SIN ALTERACIONES, OJOS CON PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREACTIVAS, NARIZ SIMÉTRICA SIN LESIONES, BOCA HÚMEDA CON MUCOSAS ROSADAS, NO HAY LESIONES EN GARGANTA NI ENCIAS. CUELLO MÓVIL, SIN LESIONES, SIN INHURGITACIÓN YUGULAR, SIN ADENOMEGALIAS. TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR NORMAL, NO AGREGADOS, CORAZÓN RÍTMICO, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS, SIN DEFENSA ABDOMINAL. EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS SIN EDEMAS, SIN LESIONES, NEUROLÓGICO ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT SENSORIOMOTOR, SIN DÉFICIT DE PARES CRANEALES, SIN SIGNOS MENINGEOS. PIEL SIN LESIONES.

IV. Evaluación

Estudios de Laboratorio NO

Diagnóstico JOVEN DE 22 AÑOS; SANO, SIN ENFERMEDADES INFECCIOSAS, SIN ENFERMEDADES CRÓNICAS, SIN LIMITACIONES FÍSICAS PARA DESEMPEÑARSE EN CUALQUIER CAMPO.

Terapéutica

Tratamiento NO REQUIERE


Dr. Andrea Alejandra B.
MÉDICO
C.C. 1.025.262.637
F.U.S.M.

HOSPITAL INFANTIL "LOS ANGELES"

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

NOMBRE: David Camilo Salas N. CLINICA: 774-342

Al elaborar la Historia Clínica tenga en cuenta el siguiente orden:

- 1. M. C. Motivo de Consulta
- 2. E. A. Enfermedad Actual
- 3. R. S. Revisión de Sistemas
 - 4. A. P. Antecedentes Personales:
 - a. Patológicos
 - b. Inmunizaciones
 - c. Desarrollo Psicomotor
 - d. Alimentación
- 5. A. F. Antecedentes Familiares
- 6. E. F. Examen Físico:
 - a. Signos Vitales: Temperatura, Pulso, Tensión Arterial, Respiración
 - b. Aspecto General
 - c. Cabeza
 - d. Cuello
 - e. Tórax, Corazón, Pulmones
 - f. Abdomen
 - g. Genitales
 - h. Extremidades
 - i. Piel
 - j. Neurológico
- 7. I. D. Impresión Diagnóstica

EDAD 1 mes

PESO 4.200 grs.

TALLA 53 cms.

P. C. 37.

Ed. -

D. Soces

[Handwritten signature]

012 JUL 1997

EDAD 2 m

PESO 5700 gr

TALLA 5.6 cm

C 20 cm

36°C

Central

Med - 14
DSM

Dep of 1-2 diving

Dep 1-2

0 SEP 1997

EDAD 4 m

PESO 2000 gr (12.1)

TALLA 13 cm

C 47 cm

36°C

Saltum

4 dias 1-2-3
reposeo con la
cuchara

Med - 2 m

De 2DA

15 SEP 1997

EDAD N-N-56

PESO 7200 gr

TALLA 64 cms

C 42 cm

36°C

Per un se con saltum
1-5-6 x dia

SS - Comedor

Handwritten signatures and notes on the right side of the page.

71 48

HOSPITAL INFANTIL "LOS ANGELES"

PASTO

HISTORIA DE CONSULTA EXTERNA

Nombre: 20 OCT 1997 Daniel Salas H. Clínica 174.342

EDAD: 6 MESES 10 dias

PESO: 8.400 JMC: Central

TALLA: 67 cms Dep. bilancia

P. C: 43 cm Tem: 36°

36° Tem: 36°

Ed - 1/2

05 NOV 1997

P: 8.100

TALLA: 65

P. C: 44 Tem: 36.5

Tc: 36.5

02 FEB 1998

EDAD: 3 H 20 d

PESO: 9.100 JMC: Central

TALLA: 71 cms

P. C: 44 Tem: 36.5

Tc: 36.5

Ed - 1/2

De Sioen

18 MAR 1998

EDAD 10 MESES

PESO 9.100 Kg

TALLA 74 cm

P. C. 15 1/2 cm

Animal

Animal

Colander (2)

De 120 cm

Animal

19 MAY 1998

EDAD 1 AÑO

PESO 9600

TALLA 72 cm

P. C.

Tº 36.5

Animal

Colander (3)

Colander (2)

DSM = Comique con 2000 gales

De 120 cm

De 120 cm

Animal

22 DIC 1998

EDAD	1 año 10 m	
PESO	"HISTORICAL DATA" INTERPRETATION	
TALLA	81 cm	07800
P.C.	48	He no 2
		plum polimer
		VTC
EDAD	1 A 9 m	26 FEB 1999
PESO	12.500 kg	
TALLA	85	
P.C.	48	
		bechul neterfectow
		mas vas en mel
		→ Cort down
EDAD	2 Años	
PESO	13 kg	28 MAY 99
TALLA	87 cm	
P.C.		
		bechul
		lingueta
		Vee b
		D.S.M. Cochin 1 año 2 m
		Gripe 2 da
		13 DIC 1998
		Al see
		Dy. Sear

Adozer

Vadon

Handwritten signature



ALCALDIA DE PASTO
DIRECCION MUNICIPAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Programa Control Niño Sano



123

Salas 1er. Apellido Hernandez 2do. Apellido Pavel Casillo Nombres No. Historia Clínica 264461

EXAMEN FISICO									
FECHA DE CONSULTA (DIA/MES/AÑO)	2007								
EDAD (Meses)	9 (10 meses)								
TEMPERATURA									
PESO (Kilos y Gramos)	24	36							
TALLA (Cms)	19.5								
PERIMETRO CEFALICO (Cms.)									

EXPLORACION - ESTADO									
CABEZA									
OJOS									
NARIZ									
OIDOS									
BOCA									
CUELLO									
TORAX - CARDIO - RESPIRATORIO									
ABDOMEN									
GENITO - URINARIO									
ANO									
EXTREMIDADES									
PIEL									
SISTEMA NERVIOSO									
Valoración escala abreviada del Desarrollo	Coloque el puntaje de escala abreviada	==							
CRECIMIENTO	CURVA PESO	Satisfactorio	✓						
	CURVA TALLA	Satisfactorio	✓						
		No satisfactorio							
		No satisfactorio							
ESTADO NUTRICIONAL	NORMAL		✓						
	EXCESO DE PESO								
	A RIESGO DE DESNUTRICION								
	DESNUTRICION	AGUDA							
	CRONICA								
REMITIDO									
PROXIMA CITA (DIA/MES/AÑO)									

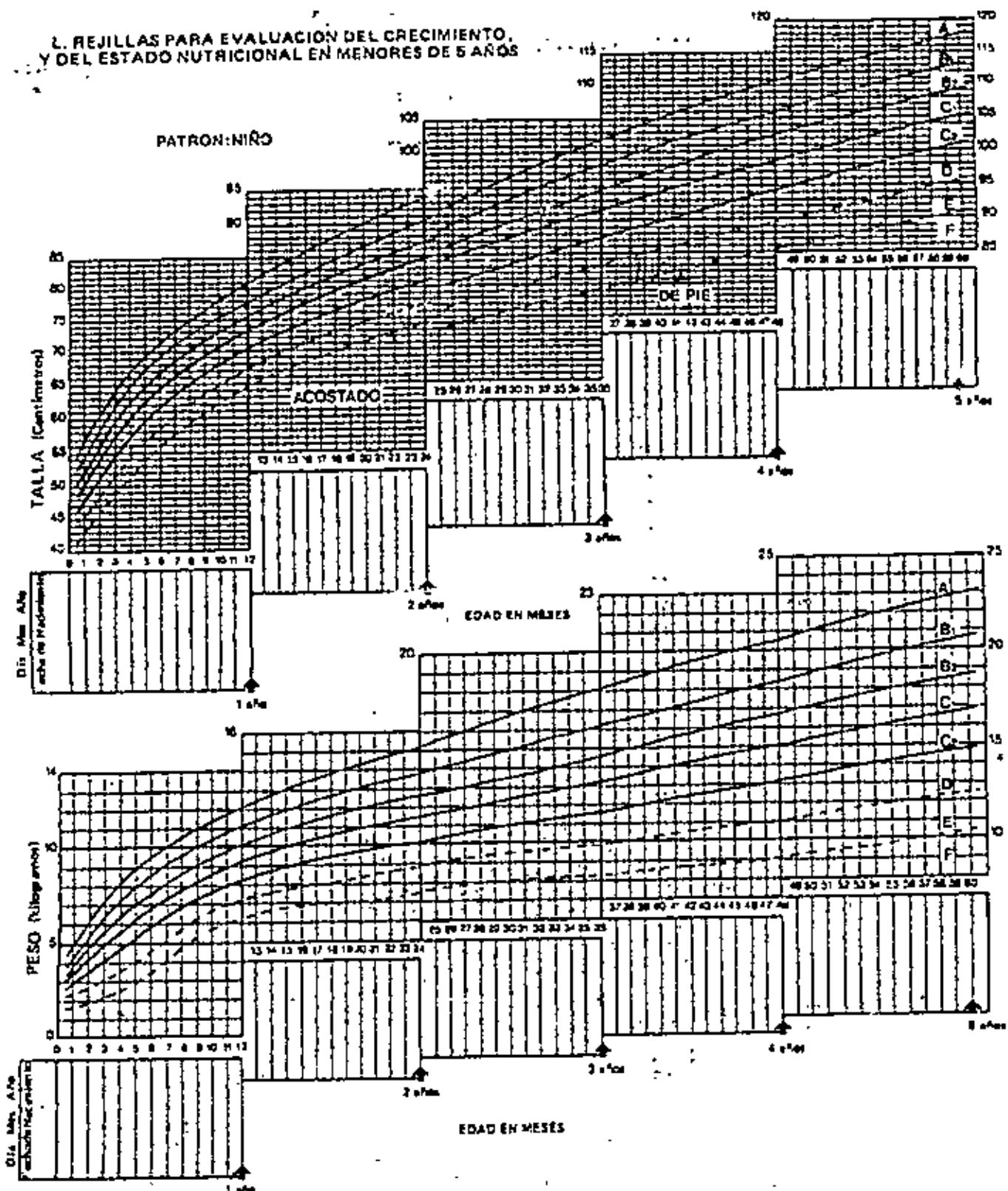


Programa Control Niño Sano



REGISTROS MEDICOS
319 - 402

2. REJILLAS PARA EVALUACION DEL CRECIMIENTO,
Y DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS





HISTORIA CLÍNICA PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN EL JOVEN DE 10 A 29 AÑOS

SIS 025
 04 MARZO 2011
 www.pastosalud.gov.co

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: 76448611 NUMERO: 76448611
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. RC TI CE ASI MSI MUI
 NOMBRE: Daniel Parrita Sula H. FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/1997
 DIRECCIÓN: Plz 5C y Ayacucho TELÉFONO: 7293345
 EPS: Condor EPS: Condor FECHA: 12/12

HISTORIA CLÍNICA PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN EL JOVEN DE 10 A 29 AÑOS

FECHA			EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	OCCUPACION	MEDICO
DÍA	MES	AÑO					
10	12	07	10	M	Soltero	Estudiante	Dr. Carlos Parrita
MOTIVO DE CONSULTA: <u>Para el joven!</u>							
ENFERMEDAD ACTUAL: <u>Se duelen las piernas cuando corre mucho y día siguiente</u>							
ANTECEDENTES PERSONALES:							
PATOLÓGICOS <u>NO</u>				OCCUPACIONALES <u>NO</u>			
ALÉRGICOS <u>NO</u>				QUIRÚRGICOS <u>NO</u>			
TRAUMÁTICOS <u>NO</u>				TÓXICOS <u>NO</u>			
GENCO DÍSTÉTICOS <u>NO</u>				VENÉREOS <u>NO</u>			
				OTROS <u>NO</u>			

ANTECEDENTES FAMILIARES: HTA DIABETES M DISPIDEMIAS CÁNCER
 TABAQUISMO ALCOHOLISMO ENF. MENTALES
 FARMACODEPENDENCIA OTROS

ANTECEDENTES DEL ENTORNO FAMILIAR

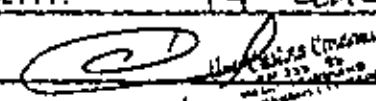
CONVIVENCIA CON CONYUGE			CONVIVENCIA CON PADRES				
FACTOR	SI	NO	FACTOR	SI	NO		
DEPENDENCIA ECONÓMICA			DEPENDENCIA ECONÓMICA				
RESPONSABILIDAD ECONÓMICA			RESPONSABILIDAD ECONÓMICA				
OCCUPACIÓN DEL CONYUGE			OCCUPACIÓN DE LOS PADRES				
ESCOLARIDAD DEL CONYUGE			ESCOLARIDAD DE LOS PADRES				
FIGURA DE AUTORIDAD			FIGURA DE AUTORIDAD				
RELACIONES INTRAFAMILIARES	B	R	M	RELACIONES INTRAFAMILIARES	B	R	M

SITUACIÓN PERSONAL

PROYECTO DE VIDA: Quiero ser contador
 ESCOLARIDAD: 5º primer año DESERCIÓN: SI NO
 RENDIMIENTO ESCOLAR: B R M DISCIPLINA ESCOLAR: B R M
 RELACIONES CON DOCENTES: B R M RELACIONES CON COMPAÑEROS: B R M

FACTOR:	SI	NO	TIEMPO	FRECUENCIA
CONSUMO DE ALCOHOL:				
CONSUMO DE TABACO:				
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:				CUALES:
ANTECEDENTES JUDICIALES:				CUALES:
USO DE ARMAS:				CUALES:
TRABAJO COMUNITARIO:				CUALES:
PERTENECE A GRUPOS ORGANIZADOS:				CARACTERÍSTICAS:
RELIGIÓN: <u>Católico</u>			TIEMPO LIBRE: <u>jugando</u>	NUTRICIÓN: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M
ACTIVIDAD FÍSICA: <u>fútbol</u>			IMAGEN CORPORAL: <u>buena</u>	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M
INTENTO DE SUICIDIO:	SI	NO	POR QUÉ?	
ACTIVIDAD SEXUAL:	SI	NO	EDAD INICIO:	Nº DE COMPAÑEROS SEXUALES
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:	SI	NO	CUALES:	
CONOCIMIENTO DE ITS:	SI	NO		

REVISIÓN DE SISTEMAS: NO

EXAMEN FÍSICO	PULSO: 66	RESPIRACIÓN: 16	TA:
	PESO: 35	TALLA: 135	I.M.C: 19.2
ASPECTO GENERAL:			
bien			
PIEL Y ANEXOS: normal			
CRANEO: normal			
OJOS: normal			
OIDOS: normal			
NARIZ: normal - cornets hipertrofiados, turbina de cada lado			
BOCA Y GARGANTA: normal			
CUELLO: normal			
TÓRAX: normal			
SEÑOS: no aplica			
ABDOMEN: normal			
GENITALES: masculinos normales			
EXAMEN RECTAL: no evaluado			
EXTREMIDADES: normal			
NEUROMUSCULAR: normal			
OSTEOARTICULAR: normal			
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA		CONDUCTA:	
1° Síndrome autista		- Autismo leve festivo	
2°		- uso del tiempo libre	
3°		- actividades físicas	
4°		- Educación sexual	
5°		- consulta de morbilidad	
6°			
ACTIVIDADES DE P Y P			
LABORATORIOS:	SI	NO	
PLANIFICACIÓN		X	
HIGIENE ORAL	X		
AGUDEZA VISUAL		X	
CITOLOGÍA:		X	
PRÓXIMA CITA DE P Y P:	14 años		
MEDICO:			CODIGO:



FB

FECHA: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____

PREOCUPACIONAL O INGRESO POST-OCUPACIONAL O EGRESO

PERIÓDICO PROGRAMADO OTRO CUAL: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: Salas Hernández Daniel Camilo cc. 1085334868

CARGO: Guarda de la Empresa

EXÁMENES PRACTICADOS (N: Normal A: Anormal)

Examen	LABORATORIOS		N	A
	N	A		
Evaluación Médico Ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Optometría / visíometría				
Audiometría				
Espirometro				
Otros				

RESULTADO DE VALORACIÓN MÉDICA
EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGÍA APARENTE CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR

APTO CON RESTRICCIÓN: MOTIVO: _____

PLAZADO: MOTIVO: - usar lentes

NO APTO: MOTIVO: - problemas visuales

RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA: - uso de gafas

EXAMEN PERIÓDICO

PERIÓDICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA: _____

SE SUGIERE:

REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL PERMANENTE REASIGNAR TAREAS

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS APTO CON RECOMENDACIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

PUEDE MAMPULAR ALIMENTOS

EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE RETIRO CON PATOLOGÍA PARA SEGUIMIENTO POR EPS

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REMISIÓN A EPS: <input type="checkbox"/>	USO DE EPP <input checked="" type="checkbox"/>	ENCHO DE ACTIVIDAD FÍSICA <input type="checkbox"/>
CONTINUAR MANEJO MÉDICO <input type="checkbox"/>	INGRESO A SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA <input type="checkbox"/>	DEJAR DE FUMAR <input type="checkbox"/>
REMISIÓN A ARL <input type="checkbox"/>	SOMA (Carga física): <input type="checkbox"/>	REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL <input type="checkbox"/>
SEGUIMIENTO CASO POR ARL <input type="checkbox"/>	ORDO (Ruido): <input type="checkbox"/>	CONTROL DE PESO <input type="checkbox"/>
CITOLOGÍA VAGINAL <input type="checkbox"/>	VISUAL <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____
	RIESGO BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	
	CARONO VASCULAR <input type="checkbox"/>	
	PSICOLABORAL <input type="checkbox"/>	
	RADIACIONES IONIZANTES <input type="checkbox"/>	

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN DE SALUD. TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LA LABOR:

CAPACITACIÓN EN MANEJO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

CAPACITACIÓN EN PAUSAS ACTIVAS - USO DE SILLA ERGONÓMICA CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

USO ESTRICTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

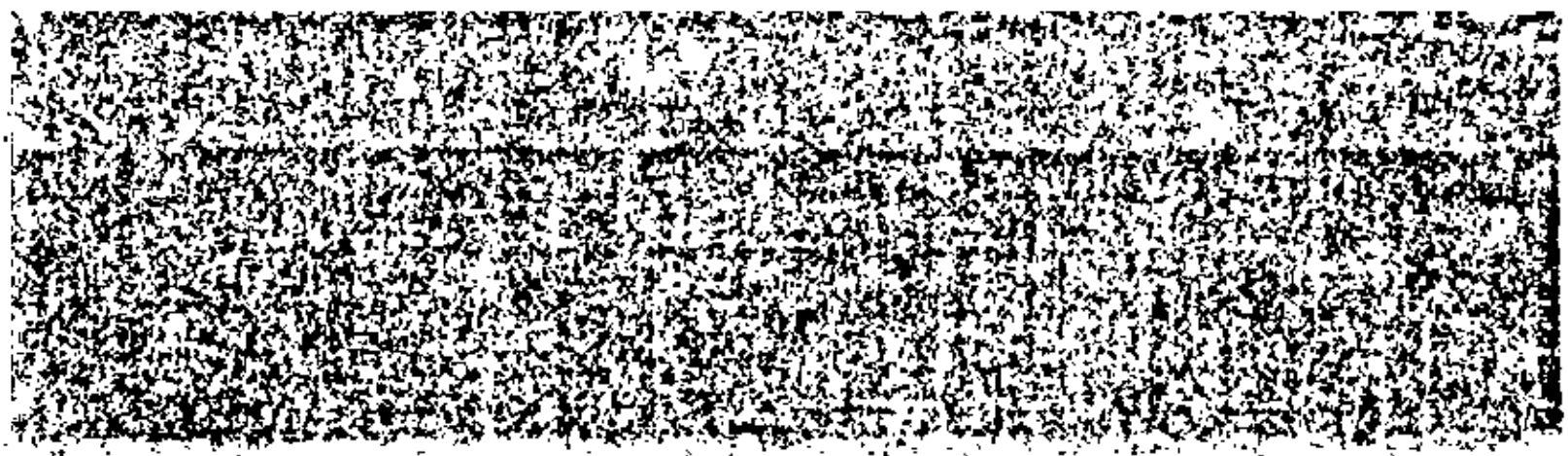
NOMBRE DEL MÉDICO. REGISTRO Y LICENCIA S.O.

[Firma]

FIRMA DEL TRABAJADOR

[Firma] 1085334868

C.C. No.



26 x

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:

C.C. RC TI CE ASI MSI MUI

NÚMERO:

NOMBRE: Salas Hernandez Daniel Camilo

26448618

DIRECCIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/97

IPS: Jamsagua

TELÉFONO:

EPS: London

FECHA:

HISTORIA CLÍNICA PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN EL JOVEN DE 10 A 29 AÑOS

FECHA			EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	OCCUPACION	MEDICO
DÍA	MES	AÑO					
13	11	2008	11	M.	soltero	Estudiante.	<i>C. Puentes</i>

MOTIVO DE CONSULTA: Suen sano

ENFERMEDAD ACTUAL: Histopatológico

ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLÓGICOS <u>Niega</u>	OCCUPACIONALES <u>Niega</u>
ALÉRGICOS <u>Niega</u>	QUIRÚRGICOS <u>Niega</u>
TRAUMÁTICOS <u>Niega</u>	TÓXICOS <u>Niega</u>
GINECO OBSTÉTRICOS <u>o</u>	VENEREOS <u>Niega</u>
	OTROS <u>Niega</u>

ANTECEDENTES FAMILIARES:	HTA <input type="checkbox"/>	DIABETES M <input type="checkbox"/>	DISPIDEMIAS <input checked="" type="checkbox"/>	CÁNCER <input type="checkbox"/>
	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>	ENF: MENTALES <input type="checkbox"/>	
	FARMACODEPENDENCIA <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTES DEL ENTORNO FAMILIAR

CONVIVENCIA CON CONYUGE			CONVIVENCIA CON PADRES		
FACTOR	SI	NO	FACTOR	SI	NO
DEPENDENCIA ECONÓMICA			DEPENDENCIA ECONÓMICA	<input checked="" type="checkbox"/>	
RESPONSABILIDAD ECONÓMICA			RESPONSABILIDAD ECONÓMICA	<input checked="" type="checkbox"/>	
OCCUPACIÓN DEL CONYUGE			OCCUPACIÓN DE LOS PADRES		<u>PHotom. N Estilo</u>
ESCOLARIDAD DEL CONYUGE			ESCOLARIDAD DE LOS PADRES		<u>No sabe</u>
FIGURA DE AUTORIDAD			FIGURA DE AUTORIDAD		<u>Padres</u>
RELACIONES INTRAFAMILIARES			RELACIONES INTRAFAMILIARES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN PERSONAL

PROYECTO DE VIDA: <u>Paliste</u>	DESERCIÓN: <u>No</u>
ESCOLARIDAD: <u>o</u>	DISCIPLINA ESCOLAR: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RENOMIAMIENTO ESCOLAR: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RELACIONES CON COMPAÑEROS: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

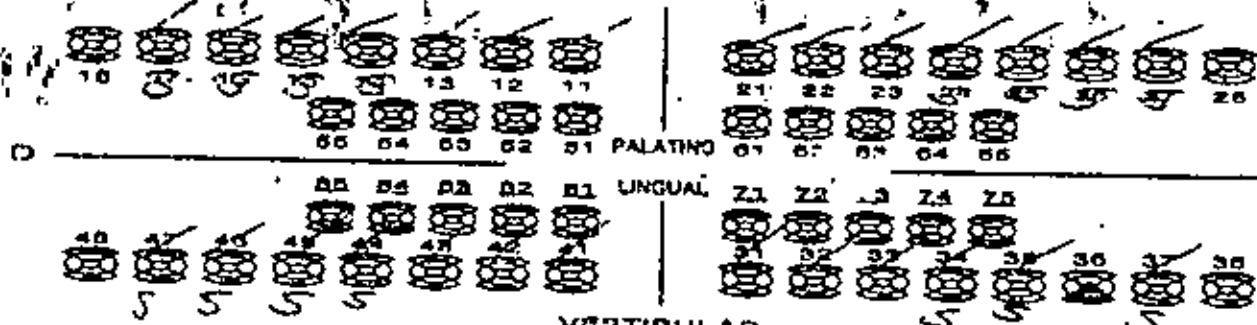
ACTOR:	SI	NO	TIEMPO	FRECUENCIA
CONSUMO DE ALCOHOL:		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONSUMO DE TABACO:		<input checked="" type="checkbox"/>		
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:		<input checked="" type="checkbox"/>		
ANTECEDENTES JUDICIALES:		<input checked="" type="checkbox"/>		CUALES:
USO DE ARMAS:		<input checked="" type="checkbox"/>		CUALES:
TRABAJO COMUNITARIO:		<input checked="" type="checkbox"/>		CUALES:
PERTENECE A GRUPOS ORGANIZADOS:		<input checked="" type="checkbox"/>		CUALES:
RELIGIÓN: <u>Católica</u>			TIEMPO LIBRE: <u>Jugar</u>	CARACTERÍSTICAS:
ACTIVIDAD FÍSICA: <u>SI</u>				NUTRICIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
INTENTO DE SUICIDIO:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		IMAGEN CORPORAL: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD SEXUAL:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		EDAD INICIO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Nº DE COMPAÑEROS SEXUALES:
CONDICIONAMIENTO DE ITS:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		CUALES:

REVISIÓN DE SISTEMAS:

Niega

EXAMEN FÍSICO	PULSO: 93	RESPIRACIÓN: 16	TA: 90/60
	PESO: 40	TALLA: 1,45	LMC: 19,02
ASPECTO GENERAL:	En buen estado general		
PIEL Y UÑAS:	Sin lesiones		
CRANEO:	Normocefalo		
OJOS:	Simétricos		
OIDOS:	Normal		
NAZ:	Simétrico		
BOCA Y GARGANTA:	Cavidad oral y OAF normal		
CUELLO:	No adenopáticos		
TOXAX:	Simétrico. O/P normal		
SENOS:	No masas		
ABDOMEN:	Blando no doloroso		
GENITALES:	Normal		
EXAMEN RECTAL:	Normal		
EXTREMIDADES:	Simétricas		
NEUROMUSCULAR:	Sin déficit		
OSTEOARTICULAR:	Normal		
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA		CONDUCTA:	
1° Tener sin alteración		Estilos de vida saludable.	
2° en el desarrollo			
3°			
4°			
5°			
6°			
ACTIVIDADES DE P Y F			
LABORATORIOS:	SI	NO	
PLANIFICACIÓN			
HIGIENE ORAL			
AGUDEZA VISUAL			
CITOLOGÍA:			
PRÓXIMA CITA SE APT			
MEDICO:	C. Valderrama		CODIGO: 520 2705

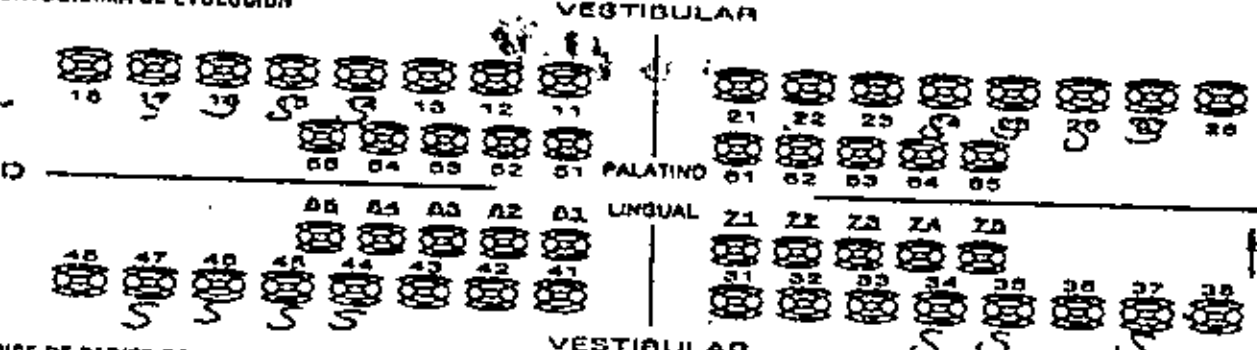
V. ODONTOGRAMA INICIAL



CONVENCIONES
(Procedimientos Realizados = Negro/Azul; Procedimientos por Realizar = Rojo)

- CARIES (ROJO)
- ⊗ CARIES RECURRENTE
- ⊗ EXUDACION INADCUADA
- △ EXUDACION
- ⊙ OBTURACION EN RESINA (AZUL)
- ⊙ OBTURACION EN AMALGAMA (AZUL)
- ⊙ BELLALITE
- ⊙ PROTESIS
- | INCLUIDO
- ⊢ CRISTEMA (AZUL)
- △ DIENTE EN ERUPCION (AZUL)
- CORONA EXISTENTE
- AUGENTE
- ✓ DIENTE SANO (AZUL)

VI. ODONTOGRAMA DE EVOLUCION



VII. INDICE DE CARIES DENTAL

C: 1 O: 0 P: 0 TOTAL COP: 1 Sano: 27 TOTAL: 28
 C: 0 O: 0 P: 0 TOTAL COP: 0 Sano: 28 TOTAL: 28

VIII. INDICES DE HIGIENE ORAL

DIENTES EXAMINADOS	I.H.O.S. CALDED		I.P. GRIETAS
	0-1-2-3	0-1	
18/17-55	0	1	
11/21-51	0	0	
26/27-65	0	0	
35/37-75	0	0	
31/41-71	0	0	
48/47-85	0	0	
TOTAL	0	1	

INDICE DE O'LEARY

FECHA: 30-07-08 PLACA BACTERIANA: 15%

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
80	84	83	82	81				71	72	73	74	75			
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗				⊗	⊗	⊗	⊗	⊗			

Nombre y firma del responsable:

Maria Clara Revillon

Nombre y firma del responsable:

Maria Clara Revillon

IX. DIAGNOSTICO

- Gingivitis asociada a placa
- Caries activa
- Periodontitis

X. PRONOSTICO

- Favorable
- Favorable
- Bueno

XI. PLAN DE TRATAMIENTO

PREVENCIÓN: Control de placa
 INFLAMATORIA: antibióticos
 PERIODONCIA: no
 ENDODONCIA: no
 CIRUGIA: no
 OTROS: tratamiento oral

XII. PREGUNTAS RED BUEN TRATO

* HA SUFRIDO ALGUN TIPO DE VIOLENCIA EN SU CASA? SI NO X
 FISICO: SI NO Y SEXUAL: SI NO X EMOCIONAL: SI NO X
 * USTED SE SIENTE EN RIESGO? SI NO X * QUIERE HABLAR DEL TEM? SI NO X

XIII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, yo, Plano Hernandez, declaro, un cambio de domicilio, acordando a responder, respecto a la realización del tratamiento odontológico en la clínica dental, el día 30/07/08 que he sido informado en forma adecuada y adecuada en que conozco el procedimiento y me ha explicado cuáles son las consecuencias, riesgos, costos, complicaciones e incógnitas que pueden presentarse. Las dudas y preguntas que he formulado fueron respondidas en forma satisfactoria, y como el tratamiento de cualquier eventualidad que se presente, entiendo por el consentimiento informado de mi persona. (A.T.C. 01) Prescripción 1995/96

Plano Hernandez
 FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
 5199410 Porto

Maria Clara Revillon
 FIRMA DEL ODONTOLÓGO
 NOMBRE DEL ODONTOLÓGO: Maria Clara Revillon
 REGISTRO N.º: 51



SALUD ORAL
HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA

SIS 194

CC. N.º 97051017360
FECHA DE APERTURA 30/07/02

I. IDENTIFICACION:

PRIMER APELLIDO: <u>Salco</u>	SEGUNDO APELLIDO: <u>Hernandez</u>	NOMBRES: <u>Daniel Camilo</u>		DOCUMENTO IDENTIFICAD: <u>97051017360</u>
FECHA DE NACIMIENTO: <u>10/05/1997</u>	EDAD Y SEXO: <u>5 años</u>	DIRECCION RESIDENCIA: <u>4250004 Aguilongo</u>		TELEFONO / CELULAR: <u>7293345</u>
DEPARTAMENTO: <u>Horizal</u>		MUNICIPIO: <u>paoto</u>	URBANA <input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	
OCCUPACION: <u>Estudiante</u>	DIRECCION TRABAJO: <u>NO aplica</u>		TELEFONO: <u>NO aplica</u>	
ESTADO CIVIL: <u>Genor</u>		PROCEDENCIA: <u>paoto</u>		
NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCION: <u>Tamaoagua</u>		CODIGO: <u>520010432</u>		
TIPO DE REGIMEN SUBSIDIADO <input checked="" type="checkbox"/> VINCULADO <input type="checkbox"/> CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____				
E.P.S.: <u>Cordoba</u> NIVEL: <u>1</u> N.º CARTA: <u>12717</u> CODIGO: <u>030</u>				
EN CASO DE ACCIDENTE INFORMAR: <u>Flavio Hernandez</u>		PARENTESCO: <u>Abuelo</u>		
DIRECCION: <u>4250004 Aguilongo</u>		TELEFONO: <u>7293345</u>		

ANAMNESIS

A. MOTIVO DE CONSULTA: Revisión de los dientes

B. ANTECEDENTES PERSONALES

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Tratamiento Médico Actual <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 8. Patologías Respiratorias <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 14. Alergias <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 2. Tratamiento con Medicación <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 9. Trastornos Gástricos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 15. Embarazo <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 3. Inmunosupresión <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 10. Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 16. Patologías Renales <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 4. Discrepancias Sanguíneas <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 11. Hepatitis <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 17. Alteraciones Presión Arterial <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 5. Cáncer <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 12. Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 18. Antecedentes Familiares <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 6. Epilepsia <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 13. Cardiopatías <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 19. Otros <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 7. VIH <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | |

DESERVACIONES (Según Número) Ninguna

III. EXAMEN FÍSICO

T: 36 TA: Normal FC: 76 FR: 21 PESO: 40kg TALLA: 145 PULS: NO

IV. EXAMEN ESTOMATOLÓGICO

- | | | | |
|---|---------------|---|--|
| TEJIDOS BLANDOS | NORMAL | ATM - OCLUSIÓN | TEJIDOS DENTALES |
| 1. Labios <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 8. Dolor Articular <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 15. Alterac. Estructura <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 2. Carrillos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 9. Dolor Muscular <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 16. Cambio Número <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 3. Lengua <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 10. Ruido Articular <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 17. Cambio Color <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 4. Paladar <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 11. Alterac. Movimiento <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 18. Cambio Posición <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 5. Piso Boca <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 12. Maloclusiones <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 19. Fasetas Desgaste <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 6. Glándulas Salivales <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 13. Desviación Apertura <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 20. Impactados <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 7. Otros Hallazgos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 14. Otros Hallazgos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 21. Otros Hallazgos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| EXAMEN PERIODONTAL | | EXAMEN PULPAR | HABITOS ORALES |
| 22. Sangrado <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 28. Alteración Vitalidad <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 34. Respirador Bucal <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 23. Recesiones <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 29. Dolor Percusión <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 35. Succión Digital <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 24. Bolsa Periodontal <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 30. Movilidad Dental <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 36. Lengua Protector <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 25. Cálculos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 31. Sensibilidad <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 37. Queilostomatia <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 26. Absceso <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 32. Absceso <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 38. Fumador <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 27. Otros Hallazgos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | 33. Otros Hallazgos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 39. Onicofagia <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| | | | 40. Otros Hábitos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |

DESERVACIONES (Según Número) 17 = Fluorización ; 21 = Caries aton ; 22 =

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE

Nit: 900091143-9
 Cod. Habilitación: 520010145701
 Dirección: Kra 20 No 19B-22
 Teléfono: 7201372

78 10

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Fecha de Impresión: 14/07/2011 12:21	Fecha de Atención: 14/07/2011 12:20:00p.m.
Centro de atención: 06 - HOSPITAL LOCAL CIVIL	
Paciente: T1 - 97051017950 - DANIEL CAMILO - SALAS HERNANDEZ	Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 10/05/1987	Edad: 14 años 2 meses 4 días
Régimen: 2 - Subsidiado	Nivel: 1
Dirección Res.:	Lugar: Pasto-Nariño
Teléfono:	Ocupación: 999: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Responsable:	Parentesco: Hijo(a)
Administradora: CAJA DE COMPEACION FAMILIAR CONFAMILIAR DE NARIÑO	Teléfono:
	Teléfono:
	Tipo Vinculación:

DATOS DE LA REFERENCIA

Objeto de la Remisión: VALORACION POR ESPECIALISTA

Entidad a donde se Remite: DERMATOLOGIA

Remitido al Servicio de: Consulta Externa

Medio de Transferencia: Otro; NO

Equipo de Referencia: HOSPITAL LOCAL CIVIL

Nombre del Conductor: NO	Nombre del Médico: SANDRA CALVACHE O	Nombre(s) de Paramédico(s): NO
--------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

MOTIVO DE LA CONSULTA:
 * SIGUIO CON LAS MANCHAS *

ENFERMEDAD ACTUAL:
 ACUDE A CON CUADRO DE VARIOS MESE DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PLACAS HIPOCROMICAS DIFUSAS EN CARA MANEJO CON BETAMETASONA Y PROTECTOR SOLAR SIN MEJORIA.

EXAMEN FÍSICO:
 Signos Vitales:
 FC: 70 xMin FR: 16 xMin TA: 100/60 mmHg Temperatura: 35.2 °C Peso: 52 Kgm Talla: 1.65 Mts

Aperciencia General:
 Normal

Evaluación de Sistemas:
 Abdomen: Normal ; Cabeza y Cuello: Normal ; Extremidades: Normal ; Piel y Anexos: Anormal PIEL SECA ASPERA, PLACAS DIFUSAS MULTIPLES EN TODO EL CUERPO DESCAMATIVA DE PREDOPMINIO EN BRAZOS Y CARA ; SNC: Normal ; Tórax: Normal ;

ACTIVIDAD:

IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:
 Diagnóstico Principal: L230 - DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO, DE CAUSA NO ESPECIFICADA ;

PLAN:
 SE SOLICITA VALORACION POR DERMATOLOGIA

DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA

Nombre de la Entidad: _____

Fecha: [Dia] [Mes] [Año] Hora de Ingreso: [hh] [mm]

Ingreso al Servicio de:

Urgencia: Hospitalización: Consulta Externa: Otro Servicio:

Responsable del Ingreso: _____

Cargo: _____ Firma y Cód!g _____

CONTRAREFERENCIA

Fecha: [Dia] [Mes] [Año] Hora de Ingreso: [hh] [mm]